THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Digitized by the Internet Archive
in 2025

https://archive.org/details/thesepourledocto0000jcap

Thèse présentée pour le Doctorat de l'Université de Paris : mention Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905 — N° 228

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MEDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 16 mars 1905, à 1 heure

PAR

J. CAPPON

DE LA

RÉTENTION PARTIELLE

DU PLACENTA

APRÈS L'ACCOUCHEMENT A TERME

Président : M. BUDIN, *professeur.*

Juges : MM. JOFFROY et HUTINEL, *professeurs.*
MÉRY, *agrégé.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS
LIBRAIRIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
26, Rue Monsieur-le-Prince, 26

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. DEBOVE
Professeurs	MM.
Anatomie	P. POIRIER
Physiologie	Ch. RICHET
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale	BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	HUTINEL. BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	CORNIL.
Histologie	Mathias DUVAL.
Opérations et appareils	N...
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	DEJERINE.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM. DIEULAFOY. DEBOVE. LANDOUZY.
Maladies des enfants	GRANCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	JOFFROY.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	LE DENTU. TERRIER. BERGER. RECLUS.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique d'accouchements	BUDIN. PINARD.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.

AUVRAY	DUPRE	LEGUEU	RICHAUD
BALTHAZARD	DUVAL	LEPAGE	RIEFFEL (chef des trav. anat.)
BRANCA	FAURE	MACAIGNE	TEISSIER
BEZANÇON	GOSSET	MAILLARD	THIROLOIX
BRINDEAU	GOUGET	MARION	VAQUEZ
BROCA (André)	GUIART	MAUCLAIRE	WALLICH
CARNOT	JEANSELME	MERY	
CLAUDE	LABBE	MORESTIN	
CUNEO	LANGLOIS	POTOCKI	
DEMELIN	LAUNOIS	PROUST	
DESGREZ	LEGRY	RENON	

Le Secrétaire de la Faculté : M. GRISEZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

Faible témoignage d'amour filial.

A MON FRÈRE ET A MA BELLE-SŒUR

Témoignage de reconnaissance
et de profonde affection.

A MES FRÈRES ET SŒURS

A MES PARENTS ET A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BUDIN

Professeur à la Faculté de Médecine de Paris
Membre de l'Académie de médecine
Officier de la Légion d'honneur,

INTRODUCTION

L'accouchement comprend deux temps :

1° *L'expulsion du fœtus.*

2° *L'expulsion des annexes du fœtus ou délivrance.*

« Si, pour la femme et pour l'entourage, les premiers cris de l'enfant mettent fin à l'inquiétude qui se montrait sur tous les visages à la fin de la période d'expulsion, il n'en est pas de même pour l'accoucheur. Nombre de cliniciens considèrent en effet que l'accouchement, à moins de circonstances exceptionnelles, ne présente guère en lui-même de complications graves pour la mère ; si l'enfant souffre, si le travail traîne trop en longueur, une application de forceps suffit à terminer l'accouchement. »

« Lorsque la femme a été bien surveillée pendant sa grossesse, lorsque l'examen du bassin a montré qu'il n'est pas rétréci, lorsque l'analyse répétée des urines a fait constater l'absence d'albumine, le médecin est à

peu près certain que l'accouchement se terminera sans grande difficulté. »

« Il n'en est pas toujours de même pour la délivrance : *c'est quelquefois une période fertile en incidents, en accidents qui demandent de la part de l'accoucheur du sang-froid et une connaissance approfondie des phénomènes physiologiques qui se succèdent et des complications qui peuvent survenir.*

C'est ainsi que Ribemont-Dessaignes commence son chapitre sur la délivrance (1). Cela prouve combien il faut surveiller celle-ci pour éviter les nombreux accidents consécutifs, dont l'un des plus redoutables est sans contredit la RÉTENTION de la totalité ou d'une partie de l'arrière-faix. Mais c'est surtout à la suite de la **rétention partielle** que les femmes sont exposées à des dangers excessivement graves, parfois même mortels.

Pour empêcher cette rétention il faut mettre en garde la sage femme et l'accoucheur contre les complications qui en peuvent être la conséquence, car malheureusement on ne s'en rend compte que trop tard, c'est-à-dire lorsqu'une infection ou une hémorrhagie est déclarée.

Nous étudierons successivement l'étiologie, le diagnostic, les complications et le pronostic, et enfin le traitement.

Nous commencerons par donner quelques notions de la délivrance.

1. RIBEMONT-DESSAIGNES. *Précis d'obstétrique.*

On désigne sous le nom de DÉLIVRANCE l'expulsion ou l'extraction de l'arrière-faix (1).

Il y a *expulsion* de l'arrière-faix lorsque la délivrance s'accomplit sous l'action des seules forces de la nature, c'est-à-dire quand elle est déterminée par les contractions de l'utérus, par les contractions du vagin combinées aux efforts de la malade.

Il y a *extraction,* au contraire, lorsque la personne qui assiste à l'accouchement intervient pour amener l'arrière-faix au dehors.

La délivrance se fait en trois temps :

1° Décollement du placenta ;

2° Passage du placenta de la cavité utérine dans le vagin ;

3° Expulsion de l'arrière-faix hors des voies génitales.

Supposons que les adhérences soient anormales : le placenta ne se décolle pas, il reste adhérent en totalité ou en partie à la paroi utérine. Dans ces conditions la délivrance n'a pas lieu ou elle se fait incomplètement, c'est-à-dire qu'il y a rétention totale ou partielle du placenta. Le placenta peut être retenu en totalité dans l'utérus, celui-ci se trouvant simplement revenu sur lui-même, sans qu'il existe d'adhérences anormales ; c'est ce qu'on désigne sous le nom de rétention simple du placenta.

Notre étude ne porte pas sur ces cas de rétention,

1. BUDIN ET DEMELIN. *Manuel pratique des accouchements*, 1904, p. 325.

pas plus que sur les cas de rétention après l'avortement qui sont assez fréquents. Nous nous occuperons uniquement de la rétention partielle du placenta, lorsque la délivrance s'est effectuée normalement en apparence, et qu'une partie plus ou moins importante de tissu placentaire est restée fixée à l'utérus, tendant à passer inaperçue, et par là même à devenir un danger dans la suite.

Que M. Demelin, professeur agrégé, qui fut le bienveillant inspirateur de notre thèse, veuille bien recevoir ici l'expression de notre reconnaissance.

A M. le professeur Budin, nous adressons notre gratitude pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant de présider notre thèse.

C'est pour nous un devoir naturel, mais surtout agréable, de remercier tous nos maîtres des Facultés et des Hôpitaux de Montpellier et de Paris pour leur enseignement. C'est auprès d'eux que nous avons appris à connaître et à aimer la science médicale.

ÉTIOLOGIE

La délivrance incomplète a des causes multiples : elle peut être due à la brièveté du cordon ou à une malformation de l'utérus ; dans ce cas la rétention est plutôt totale que partielle. La cause principale est dans le placenta lui-même ; alors qu'il existe un ou plusieurs placentas accessoires, ou des placentas gémellaires, un de ces derniers pouvant rester enfermé dans l'utérus ; mais c'est surtout lorsqu'il y a des adhérences anormales, que le placenta se détache incomplètement et laisse quelques cotylédons adhérents à l'utérus. Cela a lieu surtout à la suite des tractions intempestives sur le cordon ombilical. C'est donc par ces adhérences anormales que le plus souvent se produisent la rétention partielle du placenta et les accident graves consécutifs.

Les adhérences du placenta peuvent être plus ou moins étendues : Exceptionnellement toute la masse placentaire peut être adhérente, et dans ce cas, l'accident primordial, l'hémorrhagie, fait défaut, puisqu'au

cun sinus n'est ouvert. Le plus souvent, un ou plusieurs cotylédons restent adhérents à la matrice ; c'est la forme clinique la plus commune et l'on a alors le tableau de la délivrance retardée ; l'hémorrhagie ne survenant que si en même temps il y a inertie utérine.

Le placenta n'adhère pas toujours à la matrice par le même point, c'est tantôt la périphérie du gâteau qui reste fixée, alors que le centre est décollé ; tantôt ce sont des cotylédons isolés, alors que d'autres se sont détachés.

Cette union du placenta à la matrice est plus ou moins intime : elle est parfois tellement intime qu'elle peut persister après la mort et que le scalpel même ne peut la détacher sans intéresser quelque peu le tissu utérin ; il y a continuité directe entre ce dernier et le placenta. Morgagni, Rœderer en ont cité des exemples ; M. Budin en 1872, au cours d'une autopsie d'une femme morte d'hémorrhagie, chez laquelle on croyait la délivrance complète, constata dans l'utérus la présence d'un cotylédon placentaire long de 3-4 centimètres dont l'adhérence était si intime qu'on ne put le détacher qu'avec l'aide du scalpel. D'autres fois cette union est si légère, que si les tractions sur le cordon, l'expression, les contractions de l'utérus ne peuvent détacher les parties adhérentes, la main, elle, peut facilement les désinsérer. Enfin entres ces deux degrés extrêmes, il y en a un qui est intermédiaire pour lequel on éprouve une certaine difficulté, et où l'on est forcé de malaxer le débris placentaire pour le décoller.

A quoi sont dues ces adhérences ?

Smelie et la plupart des accoucheurs de son époque attribuèrent les adhérences au squirrhe du placenta. Telle ne semble pas être l'opinion de *Mauriceau* (1) qui dit : « Qu'il a souvent remarqué que les arrière-faix qui sont fort épais, et principalement ceux qui sont comme squirrheux, sont bien plus difficilement tirés de la matrice que ceux dont la substance est molle et n'ont qu'une médiocre épaisseur, qui, les rendant plus pliables que les autres, leur permet de s'enfiler plus facilement dans le passage. » *Godefroy* (2) sur sept cas d'adhérences a rencontré six fois l'oblitération fibreuse.

Desormeaux et *Velpeau* pensent au contraire que sur les placentas où cette oblitération fibreuse occupe toute l'épaisseur, l'adhérence est plus faible.

Dorbau fait jouer un rôle aux concrétions calcaires.

Paul Portal (3) accepte l'idée de Moreau qui les attribue au tempérament atrabilaire.

Brachet (de Lyon) attribue les adhérences du placenta à la placentite. Cette théorie est admise par Simpson, Dance ; elle est contestée par Jacquemier, Millet, Cazeaux, Ch. Robin.

Robin, dans un cas qu'il a eu l'occasion d'observer et où le placenta était complètement adhérent, a constaté que la muqueuse inter-utéro-placentaire, au lieu d'offrir

1. Mauriceau. *Traité des maladies des femmes grosses et celles récemment accouchées*, 1740.

2. *Journal des conn. méd. chir.*, 1846.

3. Paul Portal. *De la pratique des accouchements*, 1685.

la mollesse habituelle qu'elle présente à cette époque de la grossesse, avait conservé la même consistance qu'à l'état de vacuité. C'est donc moins une modification dans la composition des éléments, ainsi que le veut Jaeger, qu'une persistance de sa structure première.

Paul Dubois, Stoltz, Jacquemin, etc., avaient pensé que les hémorrhagies traumatiques ou spontanées, qui pendant la grossesse se sont produites dans la zone utéro-placentaire, pouvaient devenir le point de départ d'adhérences. Stoltz en 1898 publia une observation d'adhérence due à un caillot ; la femme avait eu une hémorrhagie au quatrième mois de la grossesse. M. *Budin* qui a vu un certain nombre de cas de ce genre dit que « les lésions de la caduque, qui accompagnent les hématômes, sont souvent des causes d'adhérences du placenta. »

Mordret (1) considère aussi l'hémorrhagie placentaire, ou inter-utéro-placentaire survenant dans les premiers mois de la grossesse comme la cause la plus efficace des adhérences :

« Le caillot décolle une petite surface, puis se résorbe « en partie. La portion restante devient fibreuse et « adhère fortement aux deux surfaces contiguës. Lors- « qu'après l'accouchement le délivre se détache, les « portions qui correspondent au coagulum restent « adhérentes d'une manière toute mécanique, car elles « ne sauraient participer au travail physiologique qui

1. Mordret, *Moniteur des Hôpitaux*, décembre 1854 janvier 1855.

« opère le décollement, puisqu'elles ont perdu par « avance leurs connexions avec l'utérus. » En passant en revue un grand nombre d'observations il conclut que l'inflammation ne joue pas dans cette circonstance le rôle qu'on lui attribue. Le placenta adhérent ne présente en général aucune lésion de structure, aucune trace évidente d'un travail inflammatoire.

Cazeaux (1) n'admet pas non plus l'inflammation et ajoute « que dans l'état actuel de la science il est très « difficile d'indiquer d'une manière précise la cause « des adhérences. »

Joulin (2), après avoir combattu l'inflammation, attribue les adhérences à une exagération de l'état physiologique. C'est aussi l'opinion soutenue par *Guéniot* (3) : « D'ailleurs, en s'appliquant à chercher quelle est l'altération qui détermine entre l'utérue et le placenta, une union trop intime, n'a-t-on pas faussement envisagé la question? Au lieu d'une lésion ou d'un travail pathologique, ne serait-ce pas plutôt l'absence d'un produit naturel ou d'un travail physiologique qui engendrerait l'anomalie. » Et, en termes poétiques, il compare ce travail à celui qui prépare la chute spontanée de la feuille en automne. « Il existe une parfaite continuité des tissus entre le rameau et la feuille. C'est par un travail de désunion antérieur que la chute a lieu. » De même la séparation du

1. Cazeaux, cité par Couécou, *thèse Paris*, 1872.
2. Joulin, *id.*
3. Guéniot. *Gazette des hôpitaux*, 1874, p. 1035.

placenta avec la paroi intime est préparée de longue date et commence vers le milieu de la grossesse. Ne vaudrait-il pas mieux, dit Guéniot, au lieu de rechercher *l'altération pathologique* qui a pu déterminer la formation des adhérences se demander pourquoi le travail physiologique n'a pas préparé la désunion. Donc : « l'adhérence exagérée du placenta serait une anomalie due à l'absence d'un travail naturel de désunion, bien plutôt qu'à un travail pathologique de soudure. » Quant à l'absence de ce travail physiologique, Guéniot ne peut en expliquer la cause.

Pour les fusions intimes il admet la lésion pathologique. « Quant à ces exemples d'union portée jusqu'à la fusion des tissus placentaire et utérin, il me paraît nécessaire, pour s'en rendre compte, d'admettre, en même temps que la cause précipitée, l'influence d'un travail vraiment pathologique ; et entre toutes les affections propres à déterminer de tels effets, la métrite est incontestablement la plus fréquente et la plus vraisemblable. »

Weit accorde une importance capitale aux phénomènes d'ordre mécanique. C'est à la suite des contractions faibles que le placenta est retenu.

Burckardt attribue la rétention à ce que le placenta est inséré sur les parties les plus minces des parois utérines. *Schrœder*, dit au contraire que c'est l'épaisseur exagérée de l'utérus qui produit la rétention : la surface correspondant à l'insertion, ne peut suffisamment se rapetisser pour rompre les adhérences qui s'y fixent, Que ce soit donc la minceur ou l'épaisseur de l'utérus,

c'est toujours une irrégularité des contractions utérines qui produit la rétention. Voici ce que dit M. le professeur *Budin*, qui admet cette manière de voir : « Par- « fois c'est une portion du corps de l'utérus, qui se « contracte isolément et retient le placenta. Le fait se « produit en général au voisinage d'une des cornes, ce « qui s'explique par l'existence des cercles musculaires, « autour de l'orifice des trompes ; il y a enchâtonnement « du placenta qui se trouve emprisonné en totalité ou « en partie, qu'il soit demeuré ou non attaché à la « paroi utérine. L'existence de cet enchâtonnement a « été mise en doute, mais je puis vous affirmer qu'elle « est réelle ; j'en ai observé pour ma part quelques « exemples très nets. »

Pour *Playfair* (1) « l'adhérence résulte très proba- « blement d'un état morbide de la caduque, produit « par une maladie antérieure de la muqueuse uté- « rine. »

Roy (2) admet que l'adhérence placentaire est due à une inflammation de la caduque inter-utéro-placentaire.

Tarnier pense que les adhérences sont dues à l'altération fibro-graisseuse, à l'atrophie des villosités choriales et des cotylédons qu'elles forment.

Masliemat-Lagemend et *Villeneuve* (de Marseille) les attribuent à l'inflammation.

D'après *Charpentier* (3) les adhérences sont déter-

1. Playfair cité par Air, *in Lancet*. London, fév. 1881.
2. Roy, thèse Paris, 1891.
3. Charpentier. *Traité d'accouchements*, 1899, p. 944.

minées par des processus pathologiques : dégénérescence du placenta, épanchements sanguins, inflammation du parenchyme, de la caduque et des parties environnantes de l'utérus. « La formation d'adhérences, par exsudation primitive est démontrée par des preuves anatomiques. Tantôt le tissu du placenta présente un aspect solide, calleux, blanchâtre, anémique; tantôt au contraire, il est mou, friable, brunâtre, spongieux, cédant à la moindre traction, et pourtant, le placenta adhère solidement à l'utérus, par la couche unissante ; de sorte que ce placenta se déchire facilement, et qu'il en reste des débris dans l'utérus, au moment de la délivrance. »

Beaucoup d'accoucheurs considèrent la syphilis comme cause d'adhérence, puisqu'elle peut donner lieu à de l'endométrite, à des hémorrhagies inter-utéro-placentaires. Il en est de même des affections cardiaques et rénales qui altèrent le placenta et la muqueuse utérine ; de la dégénérescence myxomateuse qui modifie la paroi muqueuse et musculaire de l'utérus ; dans tous ces cas la muqueuse est malade.

Nous voyons que les causes des adhérences ne sont pas bien connues, et que tous les accoucheurs ne sont pas d'accord pour les expliquer. Mais d'après ce que nous venons de voir, nous pouvons conclure que les adhérences anormales sont dues : soit à des modifications pathologiques siégeant au niveau du placenta (placenta syphilitique, dégénérescence fibro-graisseuse, placenta albuminurique), soit à des altérations de la paroi utérine (endométrite, fibrome sous-jacent, etc.),

soit enfin à une irrégularité des contractions utérines.

S'il y a un désaccord parmi les différents auteurs pour expliquer les causes des adhérences anormales du placenta, par contre tous sont unanimes à reconnaître un même mécanisme pour la rétention consécutive à ces adhérences.

Les contractions utérines décollent le placenta ; mais si, dans un point quelconque, l'union entre celui-ci et l'utérus est assez intime, elles ne peuvent le détacher. Alors, sous l'influence des contractions énergiques, le tissu placentaire va se déchirer, et le cotylédon ou une partie du cotylédon adhérent restera dans l'utérus. Mais ce qui favorisera surtout cette déchirure, et par suite cette rétention, ce seront des manœuvres intempestives de délivrance, et surtout les tractions immodérées sur le cordon.

Rappelons que la traction hâtive produit non seulement la déchirure du tissu placentaire et la rétention partielle qui s'en suit, fait qui nous occupe actuellement, mais peut produire encore la rupture du cordon, et un accident plus grave — l'inversion utérine.

Aujourd'hui grâce à l'emploi de la méthode mixte pour accomplir la délivrance, grâce à l'antisepsie les accidents graves sont devenus rares, mais nous les trouvons dans les vieilles observations.

Voici deux observations extraites de la thèse de Couécou (1872) ayant trait à deux femmes mortes à la suite d'une rétention partielle du placenta consécutive à des tractions sur le cordon.

Observation I. — Il s'agit d'une femme âgée de 25 ans, couturière, III pare, qui accoucha pour la troisième fois assez facilement le 19 juillet 1871.

Un quart d'heure après la sortie de l'enfant, la fille de nuit *tire sur le cordon* pour extraire le délivre, mais elle éprouve de la résistance. Au lieu de cesser, elle opère des tractions plus fortes, et enfin au bout de trois ou quatre minutes le placenta arrive. La fille de nuit jette le placenta ; ainsi le lendemain à la visite l'accoucheur ne peut se rendre compte s'il est complet.

Les suites de couches sont bonnes, lorsque le 22 juillet, c'est-à-dire trois jours après l'accouchement, la parturiente est prise d'un violent frisson accompagné d'une céphalalgie intense et d'une douleur abdominale des plus vives, se localisant à la partie médiane de l'hypogastre.

Le lendemain 23 juillet, les douleurs abdominales deviennent plus vives; la langue est sèche, une soif ardente. T. 39°, P. 110.

Les jours suivants les lochies deviennent fétides et abondantes ; la température élevée et le pouls est extrêmement rapide. La malade ne dort pas les nuits ; elle est agitée et délire. L'état de la malade devient de jour en jour plus mauvais et elle succombe le 2 août.

A l'autopsie pratiquée trente-six heures après, on trouve l'utérus très volumineux ; il remonte à trois travers de doigt au-dessus du petit bassin. La paroi utérine est recouverte d'un détritus noirâtre, d'une odeur infecte ; *vers la corne gauche*, on remarque un magma de la grosseur d'un œuf de dinde aplati qu'on enlève et Matice dit que c'est un cotylédon placentaire qui n'a pas été détaché au moment de la délivrance.

Observation II. — Il s'agit d'une femme âgée de 27 ans, III pare. Elle accouche pour la troisième fois le 16 octobre 1871, spontanément. Une demi-heure après la sortie de l'enfant, la fille de service tire sur le cordon, et, après quelques tractions, elle extrait ce qu'elle croit être un placenta entier. Pourtant l'utérus reste un peu volumineux.

Le 19. — La malade se sent mal, le pouls est fréquent.

Le 20. — La fièvre persiste ; la malade accuse une céphalalgie assez vive. L'utérus est très volumineux ; il remonte à deux travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Lochies grisâtres, très peu abondantes.

Le 21 et le 22. — La malade semble se trouver mieux. On donne 20 grammes d'huile de ricin pour combattre la constipation.

Le 24. — Nuit très agitée ; la malade est prise vers onze heures d'un frisson avec claquement de dents, qui a persisté une demi-heure. Le matin elle a des nausées continuelles avec vomissements bilieux et poracés. Le ventre est très douloureux à la palpation, principalement vers la région hypogastrique droite. L'utérus est volumineux ; on sent parfaitement son fond qui remonte jusqu'à trois travers de doigt au-dessous de l'ombilic. Les lochies sont peu abondantes, gris-noirâtres, très fétides. Diarrhée abondante. T. 38°. P. 115.

Le 25. — L'état de la malade a empiré. Faiblesse et prostration extrêmes. La région hypogastrique droite est excessivement douloureuse au moindre palper. Lochies peu abondantes, fétides. T. 39°1. P. 130.

Le 26. — La malade va un peu mieux ; elle s'est assoupie un instant pendant la nuit. La douleur abdominale persiste. T. 39° 2. P. 136. A la visite du soir l'état de faiblesse et d'abattement de la malade est considérable. La respiration est pénible, haletante, entrecoupée.

Le 27. — La malade succombe. Un quart d'heure avant la mort la sœur de ronde fut étonnée de la trouver calme, et dans un état de mieux très sensible.

A l'autopsie l'utérus est volumineux, nullement rétracté. Son tissu paraît sain, gris-blanchâtre, comme à l'état normal. Il baigne dans un liquide purulent qui remplit le petit bassin. Par le grattage on détache plusieurs portions des cotylédons placentaires qui occupent surtout la *corne droite*. Les ligaments larges sont turgides et empâtés, recouverts de fausses membranes.

Ce n'est pas toujours l'accoucheur, la sage-femme ou l'infirmière, comme dans les cas précédents, qui exercent cette traction, elle peut être accomplie par le fœtus lui-même, quand le cordon ombilical est court. « Le cordon ombilical, dit Leray (1), forme une espèce de corde tendue entre deux organes, le placenta et le fœtus. Si la distance qui sépare ces deux points augmente par l'écartement progressif de l'un d'eux, la corde qui fait le trait d'union est obligée de se rompre ou d'attirer un de ces points de façon à le rapprocher à une distance en rapport avec sa longueur. On comprend aisément pourquoi le placenta doit céder le premier, ses adhérences avec l'utérus étant assez peu résistantes à l'état normal et à la fin de la grossesse, et son dégreffement étant encore favorisé par les contractions utérines concomitantes. »

Si la traction du cordon ombilical a l'inconvénient de provoquer la rétention partielle du placenta, l'expression utérine (méthode de Crédé) peut aussi la produire.

Observation III (Hecker) (2). — Femme de 33 ans, secondipare. L'accouchement se fait à terme, le 14 juillet 1863, sans rien présenter de particulier. La première période du travail dure onze heures, la seconde trois quarts d'heure. Enfant vivant du sexe masculin, pesant 5 livres 1/2. *Un quart d'heure* après la sortie du fœtus, *le placenta fut expulsé* par la méthode de

1. Leray. Thèse Paris, 1893, p. 47.

2. *Klinik de Geburtsk*, t. II, 1864 (Ribemont-Dessaignes, Thèse agrég. 1883).

Crédé. Il est normal, pèse une livre. Le cordon qui mesure 0,34 cm. s'inserrait marginalement.

Suites de couche régulières ; au quatrième et cinquième jour, les lochies sont rares et presque incolores.

Le 20 juillet. — A 4 heures du soir (6me jour) survient une hémorrhagie profuse, très abondante, sans cause appréciable.

Je pensai à *une rétention de tissu placentaire*, quoique la sortie du placenta eût été facile et rapide. Après les précautions nécessaires, je constatai, au moyen de deux doigts introduits dans le col, la présence d'une masse allongée de consistance placentaire Elle semblait adhérente. Après avoir donné du chloroforme, j'extirpai la massse en deux fragments. L'hémorrhagie s'arrêta et la femme sortit le 23 juillet.

Observation IV (Martin) (1) — Dorothée B..., primipare, 25 ans, de forte constitution, accouche le 11 décembre 1866. La dilatation du col s'opère en une heure. Expulsion normale d'un fœtus de 2760 grammes. *Dix minutes après l'accouchement, le placenta est chassé par la pression exercée sur le fond de l'utérus.* Il pèse 358 grammes. Le chorion semble déchiré circulairement, l'amnios est entortillé autour du cordon qui mesure 0 m. 36 et s'insère à 0 m. 04 du bord placentaire.

Pas de souffrance le premier jour. Mais dès le second la peau est chaude. Il n'y a pas eu de frisson.

Troisième jour. — Matin : P. 120 ; T. 40°, 5 ; Respiration 20.

Soir : P. 120 ; T. 41°, 2 ; R. 20.

Pas de gonflement du côté des seins. Solution nitrée à l'intérieur. Fomentations sur le ventre. Injections.

Quatrième jour. — Matin : P. 120 ; T. 40°, 1 ; R. 24

Soir : P. 120 ; T. 41°, 2 ; R. 20.

Légère ulcération vaginale, cautérisée avec le nitrate d'ar-

1. *Monatsch. f. geburtsk.* Bd XXIX, p. 259. (Ribemont-Dessaignes, *Thèse agrég.* 1883),

gent. Douleurs abdominales, une forte pression sur l'utérus distendu fait sortir un caillot fétide. Mêmes prescriptions.

Cinquième jour. — Matin : P. 108 ; T. 40°, 7 ; R. 24.

Soir : P. 114 ; T. 40°, 8 ; R. 19.

Ecoulement fétide. Injection d'eau chlorurée et de goudron. Le soir, nouvelle expulsion de caillots.

Sixième jour. — Matin : P. 152 ; T. 40°2 ; R. 44.

Soir : P. 168 ; T. 40°4 ; R. 46.

Délire, on transporte la malade à la section gynécologique de la Charité.

Huitième jour. — Matin : P. 120 ; T. 41°7 ; R. 26.

Soir : P. 148 ; T. 41°6 ; R. 30.

Hémorrhagie considérable, abattement, vomissements. Acide phosphorique dans une décoction d'althœa. L'intelligence diminue. Mort à minuit et demi.

Autopsie faite le second jour : — Utérus dilaté, très mou...

La muqueuse est réduite en une masse pulpeuse grisâtre. A la paroi antérieure, un peu à droite et vers le fond, se trouve une masse grosse comme une pomme ayant comme dimensions en divers sens 5, 3 et 2,5 centimètres. Elle est constituée par des *cotylédons* dont le tissu villeux flotte dans l'eau. Au microscope, on reconnaît le tissu placentaire. Les sinus utérins sont béants ; les vaisseaux lymphatiques remplis de pus. Thrombus adhérents dans les veines de la jambe droite.

Donc il ne faut intervenir qu'après s'être assuré que le placenta est complètement décollé et passé en totalité ou au moins en partie dans le vagin. Cette conduite nous est conseillée à chaque instant par nos maîtres.

On reconnaît que le placenta est décollé, en pratiquant le palper abdominal ; au moment des contractions utérines, on constate que l'utérus forme un globe dur dont le fond remonte au-dessus de l'ombilic. Caillaut

prétend qu'on peut faire le diagnostic par l'auscultation. On entend de petits « craquements sonores » dus à la rupture des connexions vasculaires qui unissent le délivre à l'utérus. Mais le meilleur moyen de reconnaître le décollement placentaire est de pratiquer le toucher vaginal : on introduit l'index le long du cordon ombilical jusqu'à ce qu'on rencontre le placenta. S'il est accessible c'est que le placenta est décollé ; alors on peut tirer sur le cordon en appliquant l'autre main sur le fond et la face antérieure de l'utérus (1).

Il existe un autre signe de décollement placentaire qui nous est fourni par l'état du segment inférieur : ce dernier, au lieu d'être replié sur lui-même, comme un accordéon ou un chiffon mouillé, tant que le placenta est adhérent, au moment où celui-ci se décolle, et tombe dans le segment inférieur, se laisse distendre et l'utérus se redresse au-dessus de l'ombilic. Ce n'est qu'alors que l'on peut pratiquer la délivrance.

Passons maintenant aux autres causes qui facilitent la rétention partielle du placenta : c'est d'abord l'existence d'un *cotylédon accessoire*. Dans ce cas, la rétention peut se produire dans deux conditions :

1° Le cotylédon accessoire est adhérent à l'utérus ; l'expulsion du placenta se fait naturellement, les membranes se déchirent. Pour ne pas laisser passer inaperçue une pareille rétention, il faut bien examiner les membranes, car on pourrait croire à une rétention simple de celles-ci.

1. Tarnier et Budin. *Traité d'accouchement.*

2° Le cotylédon accessoire se détache, mais reste enfermé dans l'utérus, alors que le placenta est dans le vagin. Dans ce cas, le plus souvent, il y a rétention des membranes sur lesquelles il ne faut pas tirer, car les tractions sont vaines et même si elles sont fortes, elles produisent la rupture des membranes. En pareil cas, l'accoucheur doit se rappeler que cette rétention peut être la conséquence d'une des trois causes suivantes (1) :

1° L'adhérence de ces mêmes membranes à la paroi utérine ;

2° L'entortillement des membranes autour d'un caillot trop volumineux pour traverser l'orifice interne de l'utérus rétracté ;

3° L'existence d'un cotylédon accessoire.

L'accoucheur ne pourra se prononcer qu'en introduisant la main dans la cavité utérine, manœuvre destinée à la fois au diagnostic et à la thérapeutique.

Observation V (Tarnier) (2). — Le 19 février, une femme accouchait à la Maternité d'un enfant vivant qui s'était présenté par le sommet. L'accouchement avait été normal.

Un quart d'heure après la naissance de l'enfant, le placenta descendait dans le vagin et apparaissait à la vulve.

Quelques efforts de la femme et quelques légères tractions pratiquées sur le cordon amenèrent le placenta au dehors. Quand la sage-femme qui procédait à la délivrance voulut éloigner le placenta de la vulve, elle s'aperçut qu'une portion des membranes résistait aux tractions douces faites sur elles.

1. Tarnier. *Bullet. de l'Acad. de médecine*, 1882, p. 127.
2. Tarnier. *Id.*

Dans ce cas, M. Tarnier recommande à ses élèves de ne jamais tirer avec force, mais d'appliquer sur les membranes adhérentes un fil comme on le ferait sur le cordon ombilical.

Ce fil dans les heures ou dans les jours qui suivent, sert à extraire le reste des membranes. L'aide sage-femme de la Maternité se conforma à ce précepte. Mais bientôt une hémorragie survint, et au milieu d'un flot de sang, un placenta secondaire fut expulsé.

Le poids du placenta principal est de 410 grammes, et celui du placenta accessoire, de 140.

Entre les deux placentas existe un pont membraneux. Ce pont membraneux aurait pu se rompre et le placenta principal étant expulsé, le médecin le plus instruit eût pu croire que la délivrance était complète, alors que l'utérus aurait retenu le second placenta.

Les placentas gémellaires produisent la rétention partielle. Dans ce cas, les deux masses placentaires étant séparées, la dernière à sortir se comporte, par rapport à la première, comme un placenta accessoire par rapport au principal.

DIAGNOSTIC

Dans l'état actuel de la science, il est impossible de dire à l'avance s'il y aura ou non rétention partielle du placenta. Mais quand l'utérus se contracte et se rétracte bien, si au bout de trois quarts d'heure le placenta ne descend pas dans le vagin, il faut penser à l'adhérence et à la possibilité de la rétention totale ou partielle de l'arrière-faix.

Quand cette adhérence est partielle, on perçoit parfois, par le toucher, quelques cotylédons qui se sont détachés et qui occupent en partie le segment inférieur. La rétention s'accompagne alors d'hémorrhagie plus ou moins abondante. Ce sont là des signes probables de rétention partielle du placenta. Mais ce n'est qu'après la sortie du délivre, après *l'examen attentif* du placenta qu'on fait ce diagnostic.

Le premier devoir de l'accoucheur, une fois la délivrance accomplie, est d'examiner minutieusement l'arrière-faix. Cet examen doit porter sur la totalité de

l'organe, c'est-à-dire sur le placenta et les membranes.

Il doit s'assurer : qu'aucune portion des trois membranes ovulaires (caduque, chorion et amnios) ne manque ; que celles-ci présentent une ouverture ayant juste les dimensions nécessaires pour que le fœtus ait pu passer, et qu'elles ne possèdent pas de vaisseaux. Il doit ensuite examiner le placenta lui-même : voir si les cotylédons forment un tout complet, et si aucun ne manque.

Rappelons brièvement qu'à l'état normal le placenta (1) est une masse charnue, très vasculaire, dans laquelle les canaux circulatoires maternels et fœtal se mettent en contact intime sans se confondre et sans s'aboucher ; sa forme étant tantôt ronde, tantôt ovalaire.

On distingue deux faces :

1° Une *face externe* ou *utérine* qui est saignante, tomenteuse, irrégulière, *légèrement convexe* et divisée par un certain nombre de sillons en lobes ou cotylédons.

2° Une *face interne* ou *fœtale* qui est lisse, tapissée par le chorion et l'amnios et parcourue par les vaisseaux ombilicaux.

Pour nous l'examen de la face utérine est le plus important. Cette face se présente différemment, suivant qu'il y a rétention de la partie superficielle d'un ou plusieurs cotylédons ou rétention de leur masse totale.

1. Chantreuil et Tarnier. *Traité d'acc.* 1888, t. I, p. 436.

Pour bien faire cet examen on procédera différemment suivant les cas.

I. — *Une portion de cotylédon manque* (1). — Faire couler sur le point douteux un petit filet d'eau ; si la caduque qui recouvre les cotylédons est intacte, le liquide glisse au-dessus d'elle comme au-dessus d'une toile imperméable ; si, au contraire, la caduque manque, il fait mousser et bouffer en quelque sorte les villosités choriales comme de la plume sur laquelle on soufflerait. Au milieu de cette portion dénudée, il faut chercher si l'on n'aperçoit pas quelque traînée vasculaire, blanchâtre, interrompue, vaisseau arraché dans sa continuité. Ce tronc, artériel ou veineux, aboutissait nécessairement plus loin, en formant des capillaires, à une masse plus ou moins volumineuse de villosités. Puisqu'on le trouve rompu, c'est que le cotylédon dont il constituait le pédicule est ailleurs ; il est resté adhérent à l'utérus ou bien il a été expulsé isolément.

II. — *Un cotylédon accessoire, plus ou moins distant de la masse principale reste dans l'utérus.* — Dans ce cas la délivrance peut paraître complète. C'est pour cela que Tarnier (2) recommande de prendre soin, dans chaque examen, d'étaler les membranes et de regarder par transparence : « On trouve dans les membranes quelques rameaux des vaisseaux ombilicaux, rameaux qui relient le placenta principal au placenta accessoire.

1. Tarnier et Budin. *Traité d'acc.* 1901, t. IX, p. 114.
2. Tarnier. *Bullet. Acad. médecine*, 1882.

Avec de l'attention, de bons yeux et en prenant la précaution d'étaler les membranes qui sortent de l'orifice vulvaire, on peut donc diagnostiquer un placenta accessoire quand les membranes qui pendent à la vulve contiennent quelques vaisseaux sanguins. » Sans ces vaisseaux, dit Auvard (1), le cotylédon ne pourrait vivre et ne tarderait pas à disparaître pendant le développement de l'œuf.

Il ne faut pas pourtant conclure toujours à l'existence d'un cotylédon supplémentaire quand on trouve des vaisseaux sur les membranes. Il arrive que des vaisseaux ombilicaux s'évadent de la masse placentaire, et s'éloignent du pourtour du placenta pour y revenir et s'y terminer. Dans ces conditions les vaisseaux forment une anse ; ils ne sont déchirés ni interrompus en aucun point et on les voit revenir au placenta ; tandis que les vaisseaux qui se rendent à un cotylédon cessent brusquement, ils sont ouverts ; si ce cotylédon n'est pas venu avec le délivre, il est retenu dans la cavité utérine. Auvard (2) insiste sur la nécessité de trouver au moins *deux* vaisseaux cheminant conjointement ou à une faible distance l'un de l'autre.

III. — *Un ou plusieurs cotylédons accessoires sont placés au voisinage du bord du placenta.* — Leur circonférence, qui est petite, touche la grande circonférence du placenta. Dans ce cas, si le cotylédon reste dans la cavité utérine, le placenta paraît normal. Si on cherche

1. Auvard. *Bullet. médical*, 6 mars 1887.
2. *Id.*

par transparence des vaisseaux sur les membranes, on n'en trouve pas, car les artères et les veines pénètrent dans le cotylédon supplémentaire par le point de sa circonférence, qui était en contact avec le bord du placenta. On ne constate pas non plus de déchirure du sinus circulaire. Il est alors bien difficile de reconnaître qu'un cotylédon est resté dans la cavité utérine. On ne voit sur les membranes au niveau de la surface d'insertion du cotylédon que quelques filaments blanchâtres Ces filaments eux-mêmes ne sont plus guère visibles lorsque du sang a barbouillé la surface des membranes.

IV. — *Une portion du bord du placenta est restée dans l'utérus.* — Aussi le diagnostic de rétention partielle du placenta, est il difficile, malgré l'examen minutieux de l'arrière-faix. M. Budin a rapporté un cas de ce genre observé dans son service de la Charité.

V. — *Il y a rétention d'un cotylédon accompagné d'un lambeau des membranes sur lequel il est inséré.* — Le diagnostic est difficile sinon impossible. Le lambeau manquant, on ne trouve sur les membranes aucun vaisseau indiquant la présence d'un cotylédon. M. le professeur Budin en 1893 eut l'occasion d'observer un tel fait. On croyait à la déchirure des membranes, tandis qu'il restait un cotylédon dans l'utérus. L'examen minutieux de l'arrière-faix n'avait nullement permis de soupçonner qu'un cotylédon accessoire fût resté dans la cavité utérine.

Ainsi malgré le soin avec lequel on examine l'arrière-faix, un certain nombre des cas de rétention partielle du placenta peuvent passer inaperçus ; comment s'éton-

ner alors que des examens superficiels, faits à la hâte, laissent échapper une rétention placentaire. Nous savons qu'aujourd'hui tous les accoucheurs et les sages-femmes regardent le délivre, mais par acquit de conscience, leur conclusion étant toujours la même : **Délivrance complète.** Parfois, mais c'est plutôt rare, on prend les membranes pour le placenta, et on croit avoir délivré la femme alors que celle-ci garde tout son placenta soit dans l'utérus, soit dans le vagin. Guéniot cite un cas assez intéressant.

Observation VI (1). — Il y a une dizaine d'années, alors que j'étais chef à la clinique d'accouchement de la Faculté, on m'apprit au moment de la visite du soir, qu'une femme accouchée depuis seize heures venait d'être prise d'une abondante hémorrhagie. J'accourus près d'elle. Le sang avait cessé de couler ; la matrice était ferme et bien rétractée. Quelle ne fut pas ma surprise quand je trouvai, remplissant le vagin, un gâteau placentaire absolument complet. Celui-ci était frais comme s l'accouchement eût daté d'un quart d'heure, et toute sa surface fœtale ainsi que ses bords étaient dépouillés de membranes. Cependant sur la pancarte de la malade on lisait en lettres fort distinctes : **Délivrance complète.**

Les exemples de diagnostic de délivrance soi-disant complète, suivie en réalité de rétention partielle du placenta sont nombreux. On ne fait le diagnostic qu'à l'occasion d'une des complications dues à cette éventualité.

Pour éviter ces complications, dans les cliniques

1. Guéniot, *Gazette des hôpitaux*, 1874.

d'accouchements, les chefs de service ont soin de s'assurer tous les matins que les placentas sont complets. Cela se fait depuis longtemps, car les élèves et les sages-femmes, malgré tous les conseils donnés par nos maîtres, font un examen superficiel.

Donc, après la délivrance, « il faut être sûr que le délivre a été expulsé complètement; car c'est la seule manière d'acquérir la sécurité voulue pour l'évolution ultérieure des suites de couches (1). »

Tout cela concerne les cas où l'on assiste à la délivrance ou dans lesquels, peu de temps après, on peut examiner le délivre. En clientèle, on est appelé à faire le diagnostic quelques jours après, alors qu'on n'a plus le placenta sous les yeux.

L'accoucheur se trouve auprès d'une femme qui a une hémorragie plus ou moins abondante. L'entourage dit que l'accouchement s'est accompli normalement. Le devoir de l'accoucheur est de rechercher la cause de l'hémorragie. Il pense en premier lieu à l'inertie utérine; il prescrit le massage de l'utérus, les injections chaudes.

Ne pouvant pas arrêter l'hémorragie par ces moyens, il fait une piqûre d'ergotine, ce qui est néfaste en la circonstance, car l'utérus se contracte, et il est alors difficile, sinon impossible, d'aller à la recherche des cotylédons, cause de l'hémorragie.

Nous voyons que par un défaut d'examen attentif du

1. Demelin. *Revue générale de clinique et thérapeutique*, 1893.

délivre, l'accoucheur, ignorant la cause réelle des accidents, applique des moyens contraires au traitement rationnel de la rétention partielle du placenta.

Généralement, ce n'est qu'après avoir échoué à arrêter l'hémorragie par les moyens habituels, que l'accoucheur se décide à recourir à l'exploration de la cavité utérine, manœuvre destinée en réalité au diagnostic autant qu'au traitement.

Nous passons sous silence les cas de septicémie consécutifs à la rétention partielle du placenta, car le diagnostic importe peu dans ce cas, l'intervention restant toujours la même (nettoyage de la cavité utérine).

PRONOSTIC. COMPLICATIONS

Un ou des cotylédons, sur lesquels s'était refermé le col utérin, se sont parfois éliminés après quelque temps, par un nouveau travail, sans déterminer d'autres accidents, que des tranchées et un léger écoulement sanguin. Mais dans pareil cas, l'antisepsie avait été rigoureuse, car les cotylédons expulsées étaient frais et sans odeur. Quant à la possibilité d'une résorption, elle est niée par plusieurs auteurs, entre autres, Fabre (1), qui s'exprime dans ces termes : « Dans la rétention partielle du placenta, ce que je crois devoir signaler, c'est la persistance des éléments constitutifs du placenta, pendant un temps considérable, persistance qui réduit à néant l'hypothèse d'une résorption. »

Cette soi-disant résorption s'explique par une expulsion de cotylédons qui ont passé inaperçus, au milieu de garde-robes ou des lochies, les cotylédons

1. Fabre. *Bullet. de l'Acad. de médec.*, 1899, t. XLII.

ayant subi la fonte putride. Dans d'autre cas, l'expulsion a lieu tardivement, et échappe aux yeux de l'accoucheur. En voici un exemple relaté par Auvard (1).

Observation VII. — La femme d'un de nos confrères est accouchée par un médecin distingué de Paris ; accouchement, délivrance, suites de couches normaux. Les annexes de l'œuf examinées après leur expulsion avaient paru bien complètes. Cette femme n'allaite pas. Au bout de six semaines, retour de couches, écoulement sanguin un peu abondant et expulsion d'un cotylédon placentaire recueilli et examiné par le mari. L'accoucheur a complètement ignoré et ignore encore ce détail pathologique qui aurait passé inaperçu si le mari n'avait pas été médecin.

Tarnier cite dans Cazeaux, l'observation de deux femmes chez qui, il put le neuvième jour pour l'une, le dix-septième pour l'autre, extraire un cotylédon placentaire dont le tissu était parfaitement frais ; Guéniot (2), dans ses leçons cliniques de 1874 sur l'adhérence placentaire rapporte une observation où le fragment placentaire fut expulsé le cinquième jour.

Mais le plus souvent les cotylédons ne s'éliminent pas, et la femme est exposée à des accidents immédiats, (hémorrhagie et septicémie) ou à des accidents tardifs (endométrite déciduale hémorrhagique et polype placentaire). Le pronostic doit donc être toujours réservé.

Hémorrhagie. — Cette grave complication provient

1. Auvard. *Bullet. médec.*, 1887.
2. *Loc. citato.*

de ce que l'utérus est gêné dans son involution, par la présence anormale d'un débris placentaire, empêchant les fibres musculaires de remplir leur rôle de ligatures vivantes.

L'hémorragie survient le plus souvent entre le cinquième et le huitième jour. Elle est parfois si considérable qu'elle détermine la mort de l'accouchée ou laisse tout au moins un état anémique qui persiste longtemps.

Observation VIII (Thèse de Gagnière, observation XLVII). — L. J..., 26 ans, travaille dans une fabrique de faux-cols, II pare.

La femme a eu un curettage à la suite d'un avortement de deux mois.

Elle est accouchée le 5 août 1903 à la maternité de l'hôpital Lariboisière. Vingt-cinq minutes après l'acouchement, la femme est délivrée; *le délivre paraît complet*. Mais aussitôt après une hémorrhagie survient et on fait une injection utérine iodée à 48°, ergotine, injection de sérum 500 grammes.

Sept jours après l'accouchement, le 13 août, les lochies deviennent fétides; l'utérus est un peu douloureux ; on fait une injection utérine avec de la liqueur de Labarraque.

Le lendemain 14 août, la malade perd brusquement des caillots; injections vaginales 48°. Une demi-heure après survient un suintement sanguin, le vagin est rempli de caillots; les doigts introduits difficilement dans l'utérus éprouvent la sensation d'un fragment du placenta. Malgré les injections utérines qui lui sont faites fréquemment, la malade continue à perdre. Le pouls devient fréquent, irrégulier, éther, caféine en injection, todds.

Curettage, extraction de débris placentaires. Ecouvillonnage à la glycérine créosotée, attouchement iodé, une piqûre d'ergotine, la malade est bien réchauffée, le pouls redevient régulier.

Elle a un abcès à la cuisse droite qui est traité par les pansements humides.

La température à 10 heures 1/2 du soir est de 38° 6. P. 118. La malade passe une bonne nuit.

Pendant les jours suivants la température varie entre 37° 6 et 39° avec P. de 100 à 120. Elle a successivement phlegmatia à la jambe gauche et à la jambe droite.

Elle reste au lit jusqu'au 6 octobre. Pendant ce temps on fait des injections vaginales; immobilisation des membres.

A partir de ce jour, la malade s'améliore et part le 23 octobre au Vésinet.

Observation IX (Extraite de la thèse de Gagnière, observation XLV). — S. M..., 22 ans, couturière, primipare. Entre à la maternité de l'hôpital Laribosière le 29 septembre à une heure du matin.

Pas d'antécédents héréditaires ni pathologiques. Réglée à 13 ans.

Dernières règles le 28 décembre 1902.

Cette malade accouchée en ville ne put être délivrée que d'une partie de son placenta.

A son arrivée, on constate à la vulve un écoulement de sang considérable. La face est pâle, le pouls petit et rapide, les extrémités froides : en un mot il y a les signes d'une grande hémorrhagie.

L'interne, M. Mettey, est immédiatement prévenu, et en attendant son arrivée, l'on pratique une injection vaginale chaude. Il trouve un utérus tétanisé avec rétraction du col, qui nécessite une dilatation bimanuelle laborieuse, il peut enfin extraire un *morceau de placenta resté adhérent.*

On avait *fait en ville deux injections d'ergotine.*

Après l'extraction du morceau resté adhérent, on pratique une injection intra-utérine iodée et une piqûre d'ergotine. Injection sous-cutanée de 500 grammes de sérum artificiel.

Suites de couches. — Grande faiblesse, pas de température.

Part sur sa demande, non rétablie, le 6 octobre 1903.

Observation X. —(Hémorrhagies secondaires graves, par suite de délivrance incomplète, après un accouchement à terme) (1).

Le mercredi 7 novembre, vers 7 heures du soir, le sieur O..., employé à la prison militaire du Cherche Midi, vient me prier de porter immédiatement secours à sa femme qui, depuis 5 heures de l'après-midi, est sous le coup d'une hémorrhagie utérine intense. J'apprends en outre, que cette femme est accouchée, environ quinze jours auparavant. En conséquence, indépendamment de la seringue à injections hypodermiques, de la solution d'ergotine d'Ivon, j'emporte les bourdonnets nécessaires pour la confection d'un tampon, bourdonnets toujours préparés d'avance, et qui macèrent dans une solution phéniquée à 2,5 0/0.

Dès mon arrivée, je me rends compte qu'il faut agir vite et énergiquement. La femme, en effet, a tout l'aspect de celles qui viennent de subir une hémorrhagie *post-partum* considérable : pâleur extrême, petitesse et fréquence du pouls, lipothymies répétées, respiration saccadée, par instants de grands efforts inspiratoires comme si l'air manquait.

Immédiatement et successivement, je fais une injection d'ergotine et une injection d'éther. Puis, je pratique, à travers la paroi abdominale, la compression de l'aorte, tandis que je fais tout préparer pour administrer une injection vaginale, intra-utérine si possible, d'eau *très chaude*.

Tout étant prêt, je donne l'injection pour laquelle j'emploie plus de deux litres de liquide, très chaud. La perte diminue, mais ne s'arrête pas. La tendance aux syncopes est de plus en plus marquée, et j'ai la conviction que si je ne réussis pas à maîtriser, très rapidement, l'hémorrhagie, la femme *va passer*.

1. Labusquière, *Annales de Gynécol.* fév. 1889.

Inutile de dire que draps, matelas, sont traversés, et qu'on a déjà mis sous mes yeux cinq à six torchons absolument trempés de sang.

Dès ce moment, *j'ai idée qu'il s'agit d'hémorrhagies secondaires associées à la rétention de portions du délivre.*

Je prépare, et non sans quelque appréhension, tout pour le tamponnement, tandis que je confie à une personne le soin de continuer la compression de l'aorte.

L'intervention me préoccupe, parce que j'ai présent à l'esprit le conseil souvent donné par le professeur Pajot dans ses leçons cliniques : « Surtout, gardez-vous de remuer les femmes qui viennent de subir de grandes pertes de sang », conseil d'autant moins oublié, qu'à la clinique, j'avais vu mourir une femme, qui venait d'avoir une hémorrhagie grave par insertion vicieuse du placenta, au moment même où nous la mîmes dans la position obstétricale, et précisément pour la tamponner. Elle eut quelques grands mouvements convulsifs et succomba.

Aussi, dans le cas actuel, recommandai-je vivement à la femme, qui ne m'attendait guère d'ailleurs, de ne pas se laisser aller à tenter le plus petit effort. Puis, aidé du mari et d'une autre personne, auxiliaires à qui j'indique rapidement comment ils doivent s'y prendre pour éviter toute secousse à la malade, nous mettons celle-ci dans la position obstétricale classique, ce qui cependant ne s'effectue pas sans qu'elle perde de nouveau connaissance. Je fais, avant toute autre chose, une nouvelle injection d'éther, et une personne est chargée de donner de temps en temps à la malade une cuillerée à café d'un mélange très fort d'eau et d'eau-de-vie.

Après avoir déblayé soigneusement le col, qui a toute sa longueur, et dans lequel la sonde dont je me sers n'entre qu'à peine, et le vagin, des caillots à portée, je procède à l'application du tampon que, malgré l'urgence qu'il y a à terminer promptement, je tâche de faire aussi solide, aussi efficace que possible (bourdonnets d'ouate, avec interposition de morceaux d'amadou ayant aussi macéré dans la solution phéniquée, toutes ces

pièces du tampon soigneusement exprimées avant d'être appliquées, etc.).

La femme est ensuite replacée dans son lit, avec les mêmes précautions que précédemment. Prescription ; potion stimulante, grog, bouillon par petites cuillerées.

Jeudi, 8 novembre. — Le lendemain matin, je constate d'abord que le tampon a bien rempli son office, que l'hémorrhagie, au dehors au moins, a été arrêtée. Quant à la matrice, son fond est à deux travers de doigt de l'ombilic, distendue qu'elle est assurément par le sang retenu en arrière du tampon. Dans la nuit, la femme a eu plusieurs défaillances, on n'a cessé de lui faire respirer de l'éther, du vinaigre, de lui donner du grog, etc. La faiblesse est extrême, la décoloration du tégument, des muqueuses (gingivale, palpébrale) est absolue, il y a eu et il y a encore des éblouissements, des tintements d'oreille, etc. T 36°, 7. P. 135.

Malgré la faiblesse, malgré les précautions antiseptiques rigoureusement observées, et en dépit de toute fétidité au moment de mon intervention, il me paraît imprudent de laisser le même tampon plus longtemps en place. Je le remplace avec toutes les précautions prises la veille : injection préalable et abondante d'un mélange, très chaud, à parties égales d'eau et de liqueur de Van Swieten. La sonde dont je me sers cette fois pénètre plus profondément dans le col. Tampon.

Inutile de dire que l'intervention a été bien fatigante pour la malade, et s'est accompagnée des mêmes accidents syncopaux, combattus par les mêmes moyens stimulants.

Avant mon départ, je prépare toutes les pièces pour un nouveau tampon ; pièces qui trempent en permanence dans la solution phéniquée. Dès ce moment, d'ailleurs, nos aides improvisés pleins de sollicitude pour la malade, me préparent à l'avance les pièces nécessaires. Soir : T. 37°3. P. 131.

Renouvellement du tampon. Celui que j'enlève, dégage une fétidité marquée, ce qui me crée un nouveau sujet de préoccupation.

Vendredi, 9 novembre. — Matin : 37°8. P. 128.

L'état général reste à peu près le même. Le fond de la matrice est au même niveau. La femme dit qu'elle a eu, comme d'ailleurs dans la nuit précédente, des douleurs assez fortes dans les reins.

Le tampon a bien tenu L'ouate, qui est le plus à l'extérieur, est à peine teintée. Seuls, les bourdonnets les plus rapprochés du col, sont imbibés de sang ; en arrière d'eux, de nombreux caillots. Le sang ne coule plus. La fétidité est vraiment insupportable, surtout pour la malade. Il faut répandre, sur le lit, de l'eau de Cologne en quantité.

Irrigation sans jets, très chaude, de liqueur de Van Swieten dédoublée. *Injection sous-cutanée d'ergotine Yvon.*

Comme la femme n'a pas eu de selles depuis cinq jours, qu'il ne s'écoule plus de sang, qu'elle accuse quelques coliques comme pour aller à la garde-robe, je pense que je puis, sans danger, surseoir à l'application d'un nouveau tampon, et je prescris un lavement huileux, en recommandant d'éviter toute fatigue, tout effort à la malade, et surtout de venir me chercher, à la minute, à la moindre réapparition du sang.

A 3 heures, on vient me chercher en toute hâte parce que le sang recommence à couler. Je trouve la femme dans le même état ou peu s'en faut, que lors de ma première visite. Heureusement que, cette fois, tout est prêt, que je dispose vraiment d'un personnel presque dressé, — aussi l'application d'un nouveau tampon est-elle réalisée rapidement.

Cependant, comme la situation me paraît s'aggraver de plus en plus, que je n'entrevois pas d'intervention plus efficace en raison de la faiblesse extrême de la femme, de l'intérêt majeur qu'il y a à lui éviter toute nouvelle perte de sang, que, de plus, aux dangers imminents créés par la seule hémorrhagie, je crains de voir se surajouter ceux de la septicémie, je demande, désir déjà exprimé dès le début, mais non réalisé à ce moment, qu'on m'adjoigne un confrère. On me propose, à ma vive satisfaction, M. le Dr Robinet.

Soir : 38°3. P. 127. Injection d'ergotine.

Samedi, 10 novembre. — Consultation avec M. le Dr Robinet.

Matin : Le Dr Robinet constate les dangers extrêmes de la situation ; il m'a résumé, en nous en allant, son impression de la manière suivante : « Si elle se tire de là, vous l'aurez ramenée du fond de la rivière, car elle a perdu tout ce qu'il est permis de perdre de sang. Pourtant, l'œil est bon, et s'il ne survient pas d'autre complication, je crois que vous réussirez. »

Il m'aide à renouveler le tampon, qui dégage toujours la même horrible fétidité. Injection intra-utérine de liqueur de Van Swieten pure, irrigation du vagin et nouveau tamponnement. Injection d'ergotine. Potion tonique, grog, bouillons, jus de viande.

Soir : T. 38°, 7. P. 124.

La femme a dans la journée, souffert assez fort dans les reins, comme pour accoucher. J'enlève le tampon, dont les pièces dégagent la même odeur de putréfaction, je déblaie soigneusement le vagin et le col des caillots à l'aide de l'irrigation habituelle, après quoi je relève les particularités suivantes :

a). — *Le fond de l'utérus n'est plus aussi haut dans l'abdomen.*

b). — *Le col est raccourci.*

c). — *L'orifice externe largement ouvert.*

d). — *Il y a dans le col, une masse du volume d'une grosse noix*, qui ne me donne plus la même sensation que me donnaient les caillots, et que je me garde bien d'extraire, n'ayant pu la suivre jusqu'à son point d'implantation. Cette condition nouvelle me donne un grand espoir, et je m'empresse de faire part de mon contentement à la malade, qui me paraît puiser dans cette confidence quelque courage. Car cette femme à quatre enfants et les premières paroles qu'elle m'a adressées ont été celles-ci : « Oh ! monsieur, mes enfants ont grand besoin de moi ; faites, je vous prie, tout ce que vous pourrez pour que je ne leur manque pas. »

Je fis immédiatement part à M. Robinet de la condition nou-

velle qui s'était produite. Retenu auprès de ses malades, M. Robinet me manda la réponse suivante : « *Ne touchez pas à cette masse, laissez-la s'engager ; continuez le tamponnement et les injections d'ergotine.* »

Je fais de nouveau le tamponnement et une injection d'ergotine.

Dimanche 11 novembre. — T. 39°, 1. P. 125.

La femme a encore ressenti de vives douleurs dans les reins. *Je ne trouve plus la matrice, par le palper abdominal, qu'à un travers de doigt à peine au-dessus de la symphyse.* J'enlève le tampon, je fais l'injection habituelle, qui entraîne beaucoup de caillots, et je trouve alors appendue au-dessous du col, entièrement dans le vagin, mais retenu par un pédicule filiforme que je suis jusque dans la matrice, la petite masse qui avait été engagée dans le col, je l'enlève et je reconnais qu'il s'agit manifestement *d'une portion de placenta*. Cette masse sent horriblement mauvais.

Injection intra-utérine qui ramène de nombreux débris, injection d'ergotine, prescription tonique.

Soir : T. 39°,3. P. 128.

La fétidité des sécrétions est encore très accusée, mais on perçoit difficilement la matrice au-dessus de la symphyse.

Injection intra-utérine. En présence de la fétidité, je me pose la question si, d'ici quelques jours, *il ne sera pas indiqué de procéder au curage de l'utérus.*

Prescription : Deux cachets de sulfate de quinine par jour, 0,30 centigrammes par cachet.

Lundi. — Je revois la malade avec M. Robinet, à qui je montre la masse placentaire expulsée, et qui constate également la rétraction si remarquable de la matrice. Il m'aide à donner l'injection ordinaire.

Même prescription : potion tonique, jus de viande, etc.

La malade accuse toujours une grande faiblesse : elle a eu encore des bourdonnements d'oreilles, des défaillances. Cependant, elle a un peu reposé.

Matin : T. 38°,7. P. 110.

Soir : T. 38°,9. P. 115. Fétidité moindre ; injection intra-utérine, potion tonique. Deux cachets de quinine.

Mardi 13. — La nuit a été bonne. La malade a reposé. Elle a eu bien moins de bourdonnements d'oreille, d'éblouissements, elle se sent un peu plus forte. La fétidité diminue de plus en plus.

Matin : T. 37°,8. P. 102.

Soir : T. 38°,3. P. 105.

Mercredi 14. — La fétidité a presque disparu.

Matin : T. 37°,9. P. 102.

Soir : T. 37°,5. P. 104. Injection intra-utérine.

Samedi. — Matin : T. 37°. Soir : T. 37°.

Cessation des injections. Continuation de la potion tonique, et, chaque jour, un cachet de 0.30 centigrammes de sulfate de quinine.

A partir de ce moment, je n'ai d'autre préoccupation que de faire refaire à la malade le sang qu'elle a perdu.

Voici maintenant, à son sujet, quelques renseignements complémentaires.

Elle est âgée de 28 ans et a eu quatre accouchements ; les trois premiers absolument normaux. Le dernier, qui est celui relatif à cette observation, a eu lieu le dimanche 21 octobre. L'enfant était déjà sorti depuis dix minutes, quand la sage-femme chargée de l'accouchement arriva. Le cordon coupé, elle procéda à la toilette de l'enfant. Puis elle s'occupa de la délivrance. Le délivre extrait, elle dit qu'elle devait introduire la main pour retirer des caillots, et exécuta cette manœuvre. Touchant le placenta, le mari de la malade me dit que l'attention de la sage-femme fut attirée par *l'existence d'un creux dans le délivre*, creux dans lequel, ajoute-t-il, aurait tenu la petite masse, expulsée plus tard.

Toutefois, la sage-femme *leur assura que le délivre était entier*, et cette assertion, elle me la réitéra formellement un jour qu'elle vint au moment même où je faisais le tamponnement.

La femme s'est levée pour la première fois le dimanche 28 octobre, ne perdant, dit-elle, presque plus. Le samedi suivant, 3 novembre, vers 7 heures du soir, comme elle était assise devant son fourneau, elle fut prise, brusquement et sans douleur, d'une hémorrhagie assez forte. Elle se coucha immédiatement et fit appeler la sage-femme qui ne put venir. La perte du sang aurait duré environ une heure.

Dans la nuit du dimanche 4 novembre au lundi, vers une heure du matin, encore brusquement et sans douleur, *seconde* hémorrhagie qui a duré à peu près trois quarts d'heure.

Le lundi soir, la femme ne s'étant pas levée, eut une *troisième* hémorrhagie, qui débuta aussi d'une manière soudaine et sans douleur, et se prolongea à peu près trois quarts d'heure.

Le mercredi, la femme s'étant levée dans l'après-midi, vers 5 heures, comme elle quittait sa chaise, l'hémorrhagie s'est reproduite, et cette fois avec une force beaucoup plus grande. En toute hâte, on est allé chez la sage-femme qui était retenue auprès d'une femme en couches, chez un médecin qui était aussi absent, enfin chez moi, — et c'est dès ce moment que j'ai consigné les détails divers dont je vous ai donné lecture.

Le mercredi, 12 décembre, nous avons vu, M. le Dr Robinet et moi, notre malade. Elle présente l'aspect, l'ensemble des conditions des personnes profondément chloro-anémiques : décoloration très accusée du tégument et des muqueuses, souffles intenses dans les vaisseaux carotidiens. Et cela, malgré un appétit excellent, malgré une alimentation reconstituante, et l'intervention de toniques de toutes sortes.

Observation XI. (Mordret) (1). — Une femme âgée de 39 ans d'une santé détériorée par douze grossesses antérieures, était accouchée spontanément depuis dix jours, quand M. Godefroy fut appelé près d'elle Depuis lors, cette femme avait toujours perdu un peu. L'écoulement original, formé de sang pres-

1. *Moniteur des hôpitaux*, janvier 1854-1855.

que pur, était inodore ; le globe utérin était dur, peu sensible et un peu plus développé qu'il ne l'est à cette époque de l'accouchement. La femme était pâle, bouffie, froide, avait des éblouissements, des tintements d'oreille, des demi-syncopes, etc. M Godefroy, ayant appris que la délivrance avait paru à la sage-femme plus difficile que de coutume, pensa qu'il était resté une portion du placenta dans l'utérus. Couchant la malade, il trouva le col largement ouvert, pénétra jusqu'au fond de l'utérus, où il rencontra une portion du placenta qui était restée adhérente ; il la saisit à pleine main, et quelques mouvements de torsion la détachèrent. La manœuvre fut très douloureuse mais la malade ne s'en rétablit pas moins promptement sous l'influence d'un traitement convenable. — « La masse extraite avait le volume d'un œuf de dinde, elle était formée par deux ou trois cotylédons indurés ; elle n'avait point d'odeur, et les portions où le placenta avait conservé son tissu normal, étaient d'un beau rose. »

Observation XII (Mordret). — Une femme âgée de trente-huit ans, mère de six enfants, était accouchée de deux jumeaux qui ne vécurent pas. Elle ne se souvenait pas que la délivrance eût présenté rien d'extraordinaire. Cette femme qui se rétablissait toujours très vite, ne put cette fois se lever que le dixième jour. Le douzième jour après l'accouchement, la malade eut une perte qui céda au repos et à des applications froides ; mais l'hémorrhagie reparut plus intense les jours suivants, et le dix-neuvième jour seulement, elle réclama les soins de M. Godefroy. Il trouva la malade affaiblie et inquiète, comme à la suite de toutes les hémorrhagies ; le sang continue de couler, malgré un tampon de linge qui comprimait les parties génitales externes. Le col étant assez ouvert, la cavité de l'utérus était développée comme à trois mois de grossesse et contenait quelques caillots. A sa partie antérieure et latérale gauche, existait une tumeur assez dure, du volume d'un œuf de poule que Godefroy reconnut pour une portion du placenta restée adhérente. Ne

pouvant pas l'extraire immédiatement, il fit un tamponnement. Le lendemain, le tampon fut enlevé ; la perte avait cessé. Le quatrième jour, la perte se renouvela très abondamment ; mais cette fois, Godefroy put introduire deux doigts dans l'utérus, et détacher la tumeur en la repoussant en haut, puis l'extraire.

C'était une petite portion de placenta induré.

Septicémie. — Si l'accouchée a échappé à l'hémorrhagie, consécutive à la rétention partielle du placenta, elle n'est pas pour cela à l'abri d'autres accidents, aussi graves : la *septicémie puerpérale*. L'infection se fait d'autant plus facilement que l'antisepsie a été insuffisante, et que l'insertion du débris placentaire resté dans l'utérus est plus proche des orifices, porte d'entrée des microbes.

A la suite de l'infection, les débris placentaires se putréfient ; les lochies deviennent abondantes et fétides, et l'on est frappé, à l'examen bimanuel, de la perméabilité de l'orifice utérin, indiquant que l'utérus ne s'est pas complètement vidé, et l'on assiste en même temps au tableau général de la septicémie puerpérale.

Dans certains cas, les deux accidents, hémorrhagie et septicémie, se manifestent simultanément.

Observation XIII. (Bonamy (Thèse 1899).

V..., est entrée le dimanche 11 juin, chez une sage-femme de ville, elle a eu une hémorrhagie abondante avant la rupture de la poche des eaux qui s'est effectuée aussitôt après.

Elle eut alors des contractions très douloureuses et 8 h. 1/2 après le début du travail elle accouche à terme d'un enfant bien portant.

La délivrance se fit naturellement une demi-heure après. Pas de pertes de sang notables après la délivrance.

13 juin. — Le mardi, deux jours après son accouchement, elle eut deux ou trois frissons peu intenses. La température du soir était de 38°.

Une sage-femme de l'hôpital Lariboisière se rendit près d'elle en ville et lui fit une revision de l'utérus, elle retira des débris de membranes et *quelques morceaux de placenta.*

Injection intra-utérine avec liqueur de Labarraque.

16. — On la transporte à la maternité de Lariboisière ; à son arrivée la température est alors de 38°. On lui fait une injection intra-utérine iodée.

17. — Temp. du matin 37°2, injection intra-utérine à la liqueur de Labarraque. 5 heures du soir, temp. 37° puis violent frisson. Temp. 40°4. Lotions, injections intra-utérines. A minuit la temp. est descendue à 38°5.

18. — Temp. du matin 37°7, injection intra-utérine avec la liqueur de Labarraque. Pas de sensibilité du côté de l'abdomen. Temp. du soir 40°, trois lotions.

L'auscultation du poumon est négative.

19. — Minuit, temp. 40°. Lotions, 8 heures du matin, 39°5. Lotion, piqûre de caféïne. Soir, 39°3, injection intra-utérine iodée. Lotion. Ventouses sèches. Bain refroidi de 35° à 23°. Après une demi-heure on doit retirer la malade à cause de l'imminence d'une syncope.

20. — Temp. 39°6. Spartéïne 2 centigrammes.

Injection intra-utérine.

Soir, temp. 39°5.

21. — Matin. Temp. 39°. Etat général mauvais, cœur irrégulier. Injection intra-utérine iodée. M. Bonnaire examine la femme et après avoir introduit le doigt à travers le col béant en retire des caillots d'odeur fétide.

M. Dubrisay fait un écouvillonnage à 10 h. 1/2 du matin, on se sert de l'écouvillon de petit volume, on le trempe dans la

solution de sublimé 1/100, l'écouvillon est retiré couvert de débris fibrineux.

Quand on ne retire plus de caillots on fait un lavage utérin à l'eau stérilisée chaude, on touche la surface intra-utérine avec la glycérine créosotée.

On laisse un drainage à la gaze iodoformée. 1 h. 1/2 après l'écouvillonnage, temp. 39°4.

5 heures du soir temp. 39°4. Minuit temp. 38°8.

Sérum artificiel, 600 grammes en deux fois.

A 5 heures on retire le drainage et l'on fait une injection intra-utérine iodée.

A 8 heures, syncope. Ether, caféïne.

22. — 8 heures du matin, temp. 39°4.

La malade est passée dans le service de M. Tuffier à 10 heures du matin.

L'infection date déjà de neuf jours pleins, son état est grave. Temp. 39°4.

Hystérectomie vaginale à 10 heures du matin.

L'opération ne présenta aucune difficulté particulière, l'hémostase seule du ligament large gauche fut assez pénible.

L'utérus est examiné par M. le Dr Decloux. Il présente au niveau de la plaie placentaire quelques dépôts fibrineux. Il est gros, mou, s'effritant facilement sous les doigts.

3 heures du soir, temp. 39°,4.

10 heures du soir, temp. 39°,4.

La malade a bien supporté l'opération, le pouls reste le même et bat à 130 assez fort, 1.500 grammes de sérum.

La malade meurt à 8 heures du soir.

Autopsie. — Pas de traces de péritonite.

Les anses intestinales adhèrent légèrement aux mèches vaginales.

Les pédicules des ligaments larges sont parfaitement étanches, seulement du côté gauche, une certaine partie de l'utérus reste encore adhérente au ligament de ce côté, la section de ce

ligament n'ayant pas porté au ras de l'utérus, mais en plein muscle utérin.

Tous les autres organes paraissent sains.

Observation XIV. — (Recueillie à la clinique Tarnier, n° 248 du registre de l'isolement).

B..., âgée de 27 ans, I pare, est accouchée le 4 septembre 1903, d'une fille de 3.450 grammes On a dû recourir à une application de forceps pour inertie utérine. Les membranes du délivre sont incomplètes.

4 septembre. — T. 37°,8. P. 108.

Soir : T. 40°. P. 126.

La malade est montée à l'isolement le 5 septembre. La température du soir est de 40°. P. 128.

Le 6 septembre. — T. 38°,4. P. 120. Un écouvillonnage pratiqué par M. le Dr Jeannin, ramène de nombreux débris placentaires. Dans la journée, la température s'abaisse à 38°, et vers 9 heures et demie du soir, elle est de 35°,4. P. 90. La malade commence à présenter des symptômes d'embolie : cyanose, dyspnée. La surveillante fait une piqûre d'éther et de caféïne, et on lui donne à respirer de l'oxygène. Ventouses, sinapismes. La crise se calme peu à peu. A 11 heures 1/2, le pouls est bon, la température est normale.

Le 7. — Matin : T. 36°,8. P. 106.

Soir : T. 38°. P. 120. La malade, purgée à l'eau de Sedlitz, a des évacuations abondantes. Deux injections utérines iodées. Les urines de la malade contenant de l'albumine, on la met au régime lacté.

Le 8. — Matin : T. 38°. P. 112.

Soir : T. 39°,2. P. 132 Deux injections iodées.

Le 9. — Matin : T. 38°,2. P. 108.

Soir : T. 39°,6. P. 128. Même traitement.

Le 10. — Matin : T. 37°,6. P. 100.

Soir : T. 39°,2. P. 108. Plus d'albumine dans les urines. Insomnie, deux cuillerées de chloral.

Le 11. — Matin : T. 37°,4. P. 100.

Soir : T. 39°,4. P. 120. Deuxième écouvillonnage par M. le Dr Jeannin qui ramène encore quelques débris. On fait un grand lavage iodée.

Le 12. — Matin : T. 36°,8. P. 100.

Soir : T. 38°,4. P. 102. Deux injections utérines qui ramènent quelques débris.

Le 13. — Matin : T. 36°,6. P. 88.

Soir : T. 37°,8. P. 108. Même traitement, mais elles ne ramènent pas des débris.

Le 14. — Matin : T. 36°,6. P. 92.

Soir : T. 37°. P. 94. Même traitement.

Le 15. — Matin : T. 36°,6. P. 92.

Soir : T. 38°. P. 108. Même traitement.

Le 16. — Matin : T. 36°,8. P. 90. On remplace les injections utérines par deux injections vaginales. La malade se plaint d'une douleur névralgique au mollet droit.

A partir de ce jour, la malade va mieux et elle part guérie le 19 septembre 1903, mais avec sa douleur névralgique du mollet droit.

Observation XV. — (Recueillie à la clinique Tarnier, n° 237 du registre de l'isolement).

L.., 26 ans, I pare est accouchée le 24 août 1903, d'une fille pesant 3.000 grammes.

Le placenta est déchiqueté, les membranes sont incomplètes.

Le 26. — Matin : T. 36°,8. P. 84. On administre l'huile de ricin ; soir : T. 38°,6. P. 100. La malade se plaint de quelques tranchées utérines ; on lui donne 15 gouttes de laudanum.

Le 27. — Matin : T. 38°,6. P. 122. On la fait monter à l'isolement ; soir : T. 38°2. M. le Dr Jeannin fait un curage et un écouvillonnage. Il nous dit avoir retiré de nombreux débris placentaires et membraneux. Tamponnement. Comme la malade se plaint de tranchées on met sur l'abdomen des compresses laudanisées.

Le 28. — Matin : T. 37°,4. P. 120. On fait le détamponnement, après quoi on fait deux injections utérines à l'eau oxygénée.

Soir : T. 38°,2. P. 136.

Le 29. — Matin : T. 37°. P. 92.

Soir : T. 38°. P. 108, même traitement.

Le 30. — Matin : T. 37°,2. P. 128. La malade eut pendant la nuit un frisson.

Dès son arrivée M. le Dr Jeannin, trouve nécessaire de faire un deuxième curage ; attouchement du col à la teinture d'iode. Il retire encore quelques débris. Le soir la température est de 37°,2. P. 116.

Le 31. — T. 36°6. P. 100.

Soir : T. 37°2. P. 94. Deux injections utérines.

Le 1er septembre. — Matin : T. 36°,8. P. 92.

Soir : T. 37°. P. 104, même traitement.

La malade a quelques crevasses aux deux seins. On fait un pansement à l'alcool et glycérine.

Le 2. — Matin ; T. 36°,8. P. 104.

Soir : T. 36°,8. P. 92. Les injections vaginales remplacent les injections utérines, même traitement pour les seins.

Le 5. — Matin : T. 36°,8. P. 84.

Soir : T. 37°,4. P. 104. Une légère lymphangite apparaît aux seins. Pulvérisations, compresses.

Le 7. — Matin : T. 36°,8. P. 102. La lymphangite est guérie. La malade descend dans les salles.

Observation XVI (traduite de Kleinwächter). — Ce cas exceptionnel concernait une MULTIPARE dans la force de l'âge, auprès de laquelle je fus appelé, presque deux semaines après la naissance de l'enfant. Il y avait déjà plus d'une semaine qu'avait débuté la fièvre puerpérale, lorsque tout à coup se produisit une hémorrhagie violente, qui se renouvela ensuite de temps en temps. Appelé précisément à l'occasion d'une de ces hémorrhagies, je trouvai la femme en état de fièvre puerpé-

rale, et anémique au plus haut degré. Comme l'ouverture de la matrice était si étroite que je ne pouvais entrer le doigt dans l'utérus, je tamponnai énergiquement, le matin, la cavité vaginale avec de l'ouate. Le soir du même jour après l'enlèvement du tampon, l'ouverture de la matrice était si large, qu'elle laissa passer sans peine un fragment placentaire plus grand que la paume de la main. L'émission sanguine concomitante fut très modérée et s'arrêta immédiatement après une injection intra-utérine. Cependant la malade expira dans mes bras. L'anémie était déjà portée à un si haut degré, qu'une perte de sang relativement faible suffit pour mettre fin à la vie. »

TRAITEMENT

Le meilleur des traitements de la rétention partielle du placenta serait un traitement préventif; on ne devra jamais se presser quand on fait une délivrance; mieux vaut attendre. « *La patience est le meilleur traitement prophylactique des accidents de la délivrance* » a dit Auvard. Pajot disait que dans la délivrance il faut *tendre* le cordon et *attendre*; nous ne tendons plus, actuellement, le cordon, mais continuons à attendre.

Combien de temps faut-il attendre après la sortie du fœtus pour intervenir et faire la délivrance? Les uns disent un quart d'heure, les autres une demi-heure, etc. Le tout est de savoir attendre jusqu'à ce que le décollement complet du placenta se soit produit. Les conditions diffèrent suivant les cas, et comme le dit Pajot « l'accouchement n'est pas une affaire d'horlogerie; mais il s'agit d'étudier les phénomènes de la délivrance et de savoir si et comment l'intervention de l'accoucheur est nécessaire. »

L'expulsion du délivre est un acte physiologique. Lorsque la nature elle-même ne suffit pas à accomplir cet acte, l'accoucheur intervient pour l'aider. Si la femme perd un peu de sang, il ne faut pas croire tout de suite à une inertie utérine et faire l'expression afin d'activer la délivrance. Toute femme qui vient d'accoucher, perd un peu de sang au moment du décollement placentaire, c'est l'*hémorrhagie physiologique;* si l'état général, le facies, le pouls sont bons, il ne faut pas s'en inquiéter. Mais lorsque la santé de l'accouchée paraît compromise, alors l'hémorrhagie devient *pathologique* (1), et l'accoucheur doit alors intervenir. Il doit aussi examiner avec soin l'état du segment inférieur de l'utérus pour être sûr qu'il ne revient pas sur lui-même, empêchant ainsi la descente du placenta dans le vagin.

Ce que l'accoucheur ne doit pas faire, lorsqu'il assiste à une délivrance, c'est de tirer sur le cordon. Nous insistons sur ce point parce que cette manœuvre brutale expose la femme à des complications graves.

Au lieu de tirer sur le cordon, quand une hémorrhagie est déclarée et que le délivre ne descend pas, nos maîtres nous conseillent, à l'heure actuelle, d'introduire la main dans l'utérus, ce qui non seulement réveille la contractilité musculaire et joue le rôle d'un tampon pour arrêter l'hémorrhagie, mais encore décolle le placenta, cause de l'hémorrhagie.

En agissant ainsi pendant la délivrance avec méthode

1. Auvard. *Traité pratique d'accouchements*, 1898.

et lenteur, on évitera presque à coup sûr les complications.

Si malgré toutes les précautions prises, une partie du tissu placentaire est restée adhérente à l'utérus, deux éventualités sont possibles :

1° On intervient immédiatement, et alors l'orifice interne est ouvert ;

2° On intervient tardivement, l'orifice est fermé,

Dans le premier cas, l'accoucheur doit introduire, sans hésiter, la main dans l'utérus et chercher les cotylédons placentaires. Il ne faut pas compter sur l'antisepsie et attendre sous prétexte que ces débris pourront s'éliminer plus tard ; en agissant ainsi l'accoucheur expose, presque à coup sûr, l'accouchée à des accidents graves, parfois même à la mort.

Dans le deuxième cas : l'accouchement a eu lieu depuis quelques jours, le col s'est refermé sur lui-même, on est alors appelé pour un des accidents de la rétention partielle du placenta (hémorrhagie ou septicémie) : le nettoyage de l'utérus est indiqué.

Tous les accoucheurs de notre époque sont d'accord, que débarrasser l'utérus de son contenu est la première indication à remplir. Le désaccord commence lorsqu'il s'agit de préciser la méthode à employer pour le nettoyer : les uns sont pour l'intervention manuelle, les autres pour l'intervention instrumentale.

M. le professeur Budin, adversaire de l'intervention instrumentale, dit (1) : « que la curette est un instrument

1. *Progrès médical*, 1886, t. IV, p. 1025.

aveugle, souvent insuffisant. Elle semble impuissante à détacher les débris placentaires lorsqu'ils se trouvent dans une des cornes de l'utérus. « La curette, ajoute-t-il, est un instrument dangereux : en sectionnant la muqueuse saine, elle ouvre la porte à l'infection ; danger plus grave, elle peut perforer facilement l'utérus. Rivière, qui pourtant est partisan de la curette, reconnaît que cet instrument peut amener facilement la perforation de l'utérus gravide et ajoute : « La perforation, accident possible dans l'utérus non puerpéral, est sûrement plus à craindre avec un utérus ramolli par la gravidité. La perforation sera même d'autant plus facile qu'on approche davantage du terme de la grossesse, l'utérus étant de plus en plus ramolli, de plus en plus grand, de plus en plus anfractueux » et plus loin : « la muqueuse ramollie par la gravidité se laisse facilement détacher de la tunique musculeuse et entraîner au dehors. » (1)

Pour ces raisons M. le professeur Budin nous conseille de remplacer la curette par les doigts.

Le curage digital n'a pas pour unique avantage de n'exposer la femme à aucun accident, il permet encore d'explorer facilement l'utérus, et de se rendre compte ainsi que tous les débris ont été enlevés.

Les partisans de la curette reprochent à la méthode manuelle, d'être beaucoup plus difficile à réaliser, car il est plus aisé d'introduire une curette qu'une main dans la cavité utérine quand l'orifice est à peine dilaté.

1. Rivière. *Annales de la Soc. d'Obst. de France*, 1893.

En effet, la première condition pour le curage digital est, que le col soit assez ouvert pour permettre facilement l'introduction de la main dans l'utérus. Dans ce but, les doigts et les bougies d'Hégar sont suffisants D'ailleurs nous avons vu que le col reste béant, tant que l'utérus contient une portion du placenta. Il ne reste à l'accoucheur qu'à le dilater davantage pour pouvoir introduire la main et faire cette manœuvre.

Pour bien débarrasser l'utérus de ses débris, M. le professeur Budin nous conseille de recourir à l'anesthésie, car, dit-il, « si la femme est endormie, si ses parois abdominales sont dans le relâchement, on peut mettre la main gauche sur l'utérus et abaisser cet organe, pendant qu'un ou deux doigts de la main droite pénètrent dans la cavité et l'explorent. » Au besoin, on introduit successivement tous les doigts jusqu'à ce qu'on atteigne le placenta que l'on décolle soit avec le bord cubital, soit avec la pulpe digitale, pour ne pas être exposé à déchirer le tissu musculaire avec le tranchant des ongles. Si les adhérences sont intimes « on pétrit un à un les cotylédons entre le pouce, l'index et le médius, on effrite, on détache ainsi les tissus des villosités, parcelle par parcelle, jusqu'à ce qu'on soit arrivé près de la paroi utérine qu'on sent beaucoup plus ferme, beaucoup plus résistante. » Ce procédé permet d'enlever la plus grande partie possible du tissu placentaire.

Si pendant cette manœuvre, une contraction utérine survenait, il faudrait mettre la main à plat comme dans la version ; on pourrait même être obligé de la

retirer dans le vagin, si la contraction était trop puissante.

Quand le décollement est achevé, on comprime l'utérus entre deux doigts, introduits dans le cul-de-sac postérieur du vagin, et la main gauche appuyant sur la face antérieure de l'utérus, à travers la paroi abdominale ; le placenta, ainsi exprimé, vient tomber dans la main droite de l'opérateur.

Après le curage on nettoie la cavité utérine avec un écouvillon, trempé dans la glycérine créosotée au 1/5. C'est le coup de balai de la fin de M. Doléris.

Les parois de l'utérus ainsi nettoyées, on fait une injection intra-utérine pour ramener les quelques débris qui ont pu rester. On peut se servir de la solution, iodo-iodurée suivante qui est antiseptique et hémostatique.

Iode.	2 gr.
Iodure de K. .	6 gr.
Eau	1 litre.

Enfin on fait un tamponnement à la gaze iodoformée qu'on laisse pendant une dizaine d'heures.

Toutefois avant de recourir à ce traitement, quand on est appelé auprès d'une femme qui a une grande hémorrhagie, il est nécessaire d'arrêter celle-ci et de relever les forces de la malade pour éviter une syncope ou une issue fatale.

On arrête l'hémorrhagie par un tamponnement, et on relève l'état de la malade en faisant une injection de sérum artificiel ; la malade sera placée la tête basse

et les membres inférieurs élevés ; on pourra faire au besoin la compression de l'aorte abdominale.

S'il existe de la septicémie, il ne faut pas se contenter, comme le font certains auteurs, de pratiquer des injections antiseptiques intra-utérines, qu'elles soient ou non continues.

En agissant ainsi on risque de voir l'infection se généraliser et compromettre gravement la vie de la malade. C'est au *curage complet*, de la cavité utérine, qu'il faut recourir, car moins on attendra, plus on aura de chances de succès. Tarnier et Budin ont depuis longtemps atttiré l'attention sur les dangers qu'il y avait à pratiquer un curage incomplet.

Après avoir détamponner la malade on continuera le traitement en faisant deux injections utérines et vaginales par jour, jusqu'à ce que la température et le pouls reviennent à la normale.

Observation XVII. — (Extraite de la thèse de Gagnière. Obs. XL).

S. M... 28 ans, brodeuse, primipare, a accouché en ville le 26 mai 1903 à 7 h. 20 du matin. Après l'expulsion a eu une syncope prolongée pendant deux heures, qui a été combattue par de la caféine et des injections de sérum artificiel.

A onze heures, comme la malade commençait à perdre du sang, on pratiqua la délivrance artificielle.

Mais le placenta ne put être extrait complètement, la femme continuant à perdre. Nouvelle syncope. Un médecin appelé adresse la malade à l'hôpital Lariboisière.

A son arrivée, la malade est en état de syncope ; on ne sent plus le pouls ; la face est violacée.

Comme elle est amenée avec le diagnostic de rupture utérine

Mme Orsat met la main dans l'utérus, d'où elle *retire un morceau* de *placenta*, puis s'assure qu'il n'existe pas de rupture utérine, mais constate une déchirure du col s'étendant presque jusqu'à l'insertion vaginale.

Injection utérine iodée. Injection de sérum artificiel 500 gr. Ether, Todd. Linges chauds.

Une demi-heure après la température est de 36°. P. 142.

Suites de couches. La malade présentant des escharres vulvaires d'une fétidité extrême, est transportée à l'isolement le 27 mai. On pratique quatre injections vaginales oxygénées dans la journée, et des attouchements à la teinture d'iode sur les escharres. Température normale.

Les escharres s'améliorent. On continue les injections oxygénées, une tous les jours. Le 4 juin la malade passe en médecine.

Observation XVIII (1). — Le 26 février 1891, à 6 h. 50 du matin, entrait à l'hôpital de la Charité, une jeune femme de dix-neuf ans, primipare et en travail. L'enfant, qui se présentait par le sommet en OIDP, fut expulsé spontanément à 9 heures et demie. A 9 h. 40, quand on voulut faire une injection, la canule fut arrêtée par le placenta, descendu tout entier dans le vagin ; l'aide-sage-femme, Mlle Hénault, termina alors la délivrance. A l'examen de l'arrière-faix, la surface utérine du placenta, recouverte de caillots, *parut absolument complète* ; quant aux membranes, elles existaient en totalité, la déchirure qui avait permis le passage du fœtus arrivait jusqu'au bord du placenta. Une très légère hémorrhagie, survenue après l'expulsion de l'enfant, se continua après la délivrance, une injection chaude la fit cesser. A 4 heures de l'après-midi, l'aide-sage-femme, venue pour faire la toilette, trouva que l'utérus, très volumineux, remontait à droite jusque sous les fausses côtes. La malade n'ayant pas uriné, on pratiqua le cathétérisme et on

1. Budin. *Annales de la Soc. obst. de France*, 1895, p. 147.

retira environ un litre d'urine. L'utérus s'abaissa. Néanmoins il resta volumineux et, comme son fond dépassait l'ombilic, on pratiqua l'expression qui détermina la sortie d'une notable quantité de caillots. Deux doigts de la main droite, introduits dans le vagin, complétèrent l'extraction du sang coagulé. La main gauche ayant redressé le corps de l'utérus, puis l'ayant abaissé, on pénétra dans la cavité cervicale avec l'index et le médius droits. On y trouva une partie plus résistante qui flottait au niveau de l'orifice interne ; on chercha à la dilacérer et, une petite partie ayant été entraînée au dehors, on reconnut qu'elle était constituée par du tissu placentaire. Comme l'arrière-faix avait été mis de côté pour être vu par moi, le lendemain matin, on alla le chercher, afin de l'examiner plus attentivement. On le lava pour le débarrasser des quelques caillots qui étaient à sa surface On vit alors que sur une partie de son pourtour, la surface utérine ne se terminait pas en pente douce, mais à pic et cela sur une étendue de 3 centimètres environ. En regardant les membranes par transparence, on n'y voyait pas de gros vaisseaux, mais sur leur face utérine, il y avait des filaments blanc-grisâtre qui pouvaient être pris pour du tissu de la caduque. Cependant, à chaque extrémité de cette partie qui se trouvait ainsi à pic, on voyait aboutir l'ouverture du sinus circulaire ; il devait manquer une portion du cotylédon placentaire. On retourna près de l'accouchée, on la mit dans la situation obstétricale, on introduisit deux doigts dans la cavité utérine et on arriva sur un cotylédon adhérent qu'on détacha facilement et qui s'adaptait exactement sur le bord du placenta. Une injection intra-utérine fut faite, après qu'on se fut assuré qu'il ne restait plus rien dans la cavité de la matrice. Les suites de couches furent absolument normales.

Observation XIX (1). — En mars 1893, nous avons assisté, aux environs de Paris, une dame secondipare

1. Budin. *Annales de la Soc. obst. de France*, 1895.

L'accouchement fut spontané; le placenta, arrivé à la vulve, fut facilement extrait. On constata que les membranes étaient déchirées et qu'une petite quantité était restée dans l'utérus. Les suites de couches furent normales. Le huitième jour, il y eut seulement un écoulement sanguin un peu exagéré, et le dixième, les membranes étaient expulsées. Le lambeau qu'elles formaient avait environ 10 centimètres de longueur sur 5 de largeur. Or à 7 centimètres environ du bord qui était en rapport avec le placenta, se trouvait un petit cotylédon supplémentaire ayant le volume du pouce. De ce cotylédon, partaient des vaisseaux, qui cheminant sur les membranes, allaient gagner le bord qui avait été adhérent au placenta. L'examen de l'arrière-faix, attentivement pratiqué, n'avait nullement fait soupçonner qu'un cotylédon accessoire était resté dans la cavité utérine.

Observation XX. — (Recueillie à la clinique Tarnier. N° 201 du registre de l'isolement).

Mme C.... 23 ans, I pare, accouche le 21 mai 1904 à 5 heures du soir, d'un garçon vivant de 3580 grammes, chez une sage-femme. Délivrance *« naturelle et complète »*. Périnée intact.

Le 24 mai. — Soir: T 37°, 9. P. 80.

25 mai. — Matin: T. 36°,8. P. 84.

Soir: T. 38°. P. 88. Céphalalgie.

26 mai. — Matin: T. 37°, 4. P. 82.

Soir: T. 38°, 8. P. 100. Le ventre est douloureux. La femme entre dans la soirée à l'isolement de la clinique Tarnier. On met de la glace sur le ventre.

Le 27 mai. — Le ventre est douloureux; les lochies sont grises. On administre de l'huile de ricin. On fait le curage digital qui ramène de nombreux débris placentaires; un écouvillonnage à la glycérine créosotée, tamponnement utérin avec une mèche iodée, terminent l'opération.

Le soir la malade est détamponnée, on fait un injection utérine. L'utérus arrive près de l'ombilic. Température 39°2.

A 9 heures du soir la malade a un frisson ; la température est de 39° 5. P. 120.

28 mai. — Matin : T. 37°,6. P. 99.

Soir : T. 38°. P. 99. Les deux injections utérines qu'on a faites pendant la journée ont amené de nombreux débris. Le ventre est douloureux.

29 mai. — Matin : T. 36°,9. P. 91.

Soir : T. 38°,8. P. 103, injection vaginale.

30 mai. — Matin : T. 37°. P. 88.

Soir : T. 39°,4. P. 98. L'injection utérine faite ramène encore de nombreux débris.

31 mai. — Matin : T. 36°,8. P. 98.

Soir : T. 37°. P. 86.

Du 31 mai au 4 juin. — On fait régulièrement deux injections utérines par jour qui ramènent de nombreux débris La température se maintient entre 36°,4 et 37°. Le pouls ne dépasse pas 90.

Le 4 juin. — Les injections ne ramenant plus de débris, on se contente de faire le 5 et le 6 juin une seule injection utérine pour les cesser le 7. Pendant ce temps on donne des lavements.

A partir du 7 juin la température ne s'élève plus qu'à 37°,6 le soir ; le pouls se maintient entre 70 et 90. On fait tous les jours une injection vaginale jusqu'au 15 juin.

Le 15 juin. — La femme part complètement guérie.

Observation XXI. — (Recueillie à la clinique Tarnier, n° 140 du registre de l'isolement).

B..., âgée de 21 ans, I pare, accouche spontanément et à terme à la clinique Tarnier le 25 mai 1903 d'une fille pesant 3750 grammes.

Délivrance naturelle et complète 525 grammes

On la fait monter à l'isolement le 30 mai pour une infection utérine. Jusqu'à ce jour les suites de couches ont été normales.

A son arrivée la température est de 39°,2. P. 108. Les lochies sont fétides.

M. le Dr Bouchacourt fait un curage digital et un écouvillonnage à la glycérine créosotée. Il enlève quelques débris placentaires qui sont très adhérents. On fait un tamponnement.

Le soir même on fait le détamponnement et on fait une injection utérine.

Le lendemain 31, la malade se sent mieux ; la température le matin est de 37°,2. P. 88 ; le soir T. 37°,2. P. 96. On fait deux injections utérines.

On continue ce traitement pendant trois jours. La température et le pouls sont normaux.

La malade va mieux les jours suivants, elle part guérie, le 14 juin 1903.

Observation XXII. — (Extrait de la thèse d'A. Poirier, Obs. XI).

T..., âgée de 25 ans, III pare, deuxième grossesse à terme et gémellaire.

Accouchement naturel de deux jumeaux le 22 janvier 1893. Délivrance naturelle, vingt minutes après l'expulsion du dernier enfant. Le placenta est unique et pèse 750 grammes.

Face utérine. — Sur le bord du placenta, on remarque une petite dépression représentant à peu près la forme d'un rein. En ce point, pas de cotylédon, mais une surface inégale et déchiquetée, de la grandeur d'une pièce de deux francs.

Introduction immédiate de la main et décollement de la masse placentaire restée adhérente à la paroi utérine avec l'extrémité des doigts. Injection intra-utérine.

Les suites de couches sont normales.

Observation XXIII. — (Extraite de la thèse d'A. Poirier, obs. X).

P..., âgée de 22 ans, II pare, accouche naturellement le 30 mars 1889.

Délivrance incomplète quoique spontanée ; la portion du placenta extrait pèse 300 grammes. Aussitôt après la délivrance se produit une hémorrhagie abondante pour laquelle on intro-

duit la main dans la cavité utérine. On en retire deux fragments de cotylédons restés adhérents. La masse extraite est remarquablement friable, déchirée en plusieurs endroits, mais partout le rapprochement des surfaces semble reconstituer la totalité du délivre.

Cette seconde partie du placenta pèse 130 grammes.

Les suites de couches sont régulières.

Observation XXIV (Mattei) (2). — L'utérus est bien revenu sur lui-même après la sortie de l'enfant, et vingt minutes après, j'examine le vagin pour voir si le placenta y est descendu et je ne trouve rien. Les légères tractions que je fais sur le cordon avec une main, pendant qu'avec l'autre j'appuie sur le fond de l'utérus, me prouvent que le corps utérin suit les plus petits mouvements est que le délivre est encore adhérent. Sachant que dans les accouchements prompts le délivre conserve toutes ses adhérences avant la sortie du fœtus et que la délivrance arrive plus tardivement que lorsque le travail lent et pénible a déjà décollé tout l'œuf j'ai attendu encore. Loin de voir le décollement s'opérer malgré le retrait de l'utérus, la femme commence à perdre beaucoup de sang et *les tractions sur le cordon augmentent cette perte au lieu de la diminuer.* Aussi une demi-heure après la sortie de l'enfant, je vais chercher le placenta dans l'utérus, je le trouve *en partie décollé* ; je saisis cette partie entre le pouce et les quatre autres doigts, et je décolle le reste en allant de la circonférence au centre du placenta, puis au bord, jusqu'à ce que toutes les adhérences aient été détruites ; ces adhérences étaient si fortes, que la main au dedans, la main au dehors et enfin mes propres oreilles sentaient le craquement correspondant à chaque traction.

Observation XXV (1). — Sur la fin de cette même année 1867, M. le Dr Sottas me fit mander dans le quartier du Gros-

1. *Revue de thérapeutique méd. chirurg.*, 1854,ob. 136.
2. Guéniot. *Archives de Tocologie*, 1874, t. I, p. 744.

Caillou, pour l'une de ses clientes qui, accouchée depuis la veille, portait dans la cavité utérine une tumeur récemment reconnue. La malade était une jeune femme de 21 ans. Sa troisième grossesse, compliquée d'hydramnios, venait de se terminer à 8 mois et demi par la naissance d'un enfant macéré. Le travail avait duré douze heures. La mort du fœtus, qui remontait sûrement à plusieurs jours, ne put être attribuée à une cause probable.

Dix minutes après l'expulsion de l'enfant, M. Sottas avait exercé quelques tractions sur le cordon dans le but d'entraîner le délivre ; mais celui-ci ne cédant pas, il attendit. Au bout de cinq minutes, nouvelle tentative suivie du même insuccès. Enfin, bientôt une forte extraction ayant eu lieu, la matrice expulsa brusquement le délivre qui parut être complet, mais un peu déchiré. L'examen, du reste, en fut fait assez superficiellement.

Dans la journée, des lochies coulèrent plus abondamment que de coutume, et, pendant la nuit, survinrent des tranchées utérines d'une grande violence. M. Sottas, explorant la cavité de la matrice, découvrit la présence d'une tumeur qui évidemment était la cause des accidents. S'agissait-il d'une fibroïde, d'une conversion partielle ou d'un débris placentaire ? C'est d'abord ce qu'il importait de déterminer.

J'arrivai près de la malade trente-six heures après son accouchement. Elle se trouvait très fatiguée de l'insomnie et des souffrances de la nuit précédente. Il n'existait, toutefois, que peu de fièvre. Les tranchées reparaissaient toutes les dix minutes ; la matrice dans l'intervalle était dure, fortement rétractée et remontait jusqu'à l'ombilic. L'hypogastre était partout très sensible et les lochies devenaient fétides. Par le toucher, je constatai que le col utérin n'était pas encore refermé ; l'ouverture de la matrice offrait plus d'étendue qu'une pièce de cinq francs, et son bord n'opposait qu'une faible résistance. De la sorte, je pus explorer sans de notables difficultés la cavité de l'utérus. Sur le côté gauche de celle-ci, je rencontrai immédia-

tement la tumeur observée par mon confrère. Elle avait le volume d'un œuf de poule et s'étendait par sa base sur le fond de l'organe. Elle était demi-molle, indolente, à surface anfractueuse; par la pression, je pus en extraire des caillots noirs qui ressemblaient à de petites sangsues.

Bref, nous conclûmes de notre examen et des renseignements qui nous furent donnés, que la tumeur n'était constituée ni par un polype, ni par un renversement partiel, mais que vraisemblablement nous avions affaire à une portion du placenta qui était restée adhérente, en même temps qu'à un relief formé par les franges du placenta maternel.

Douze jours plus tard, le Dr Sottas m'écrivait : « Notre malade est aujourd'hui en bon état. *Le 2 janvier (cinq jours après l'accouchement)*, un fragment placentaire assez volumineux a été expulsé, après quoi l'amélioration s'est nettement accentuée. »

Observation XXVI. — (Recueillie à la clinique Tarnier, N° 1467 du registre).

L.....âgée de 26 ans, cuisinière, I pare, accoucha le 9 décembre 1903 à la clinique Tarnier. Application de forceps pour longueur du travail et inertie utérine.

Une demi-heure après la sortie du fœtus, le placenta ne descendant pas, on pratique l'expression qui chasse quelques caillots.

Au bout de trois quarts d'heure le moniteur de garde pratique le toucher. Il constate que le col n'est pas revenu sur lui-même, que l'utérus renferme des caillots, et que le placenta n'est pas accessible ; il semble être inséré au niveau de la corne utérine droite. Une nouvelle expression est tentée qui fait sortir 300 grammes de caillots : l'utérus saigne.

M. le professeur Budin mis au courant conseille la délivrance artificielle. La main gauche appliquée sur le fond de l'utérus, la main droite introduite en cône, pénètre à travers le col légèrement rétracté. Le placenta inséré au fond de l'utérus et au niveau

de la corne droite est décollé sur une étendue de deux ou trois cotylédons. La main s'insinue alors à cet endroit et décolle progressivement; mais arrivée au niveau de la corne droite, l'adhérence est telle qu'il faut pratiquer une sorte de pétrissage en s'aidant de la main gauche placée sur le fond de l'utérus. Enfin tout le placenta est décollé ; on masse légèrement le corps de l'utérus et au moment d'une contraction la main sort entraînant avec elle membranes et placenta : en même temps s'écoule un flot de sang liquide.

La main, réintroduite, explore à nouveau l'utérus et enlève quelques débris. On donne une injection de 5 litres d'eau iodo-iodurée très chaude.

L'utérus continuant à saigner, le moniteur fait un tamponnement utérin ; aussitôt après on sent l'utérus fortement contracté et fort bien revenu sur lui-même.

T. 38°, 2. P. 140.

Le lendemain matin, T. 37°, 2. P. 85.

Les suites de couches sont normales.

Observation XXVII. — (Recueillie à la clinique Tarnier. N° 1445 du registre.)

M.... âgée de 20 ans, modiste, I pare, entre le 4 décembre 1903 à la clinique Tarnier.

Jusqu'au huitième mois de la grossesse elle a eu des vomissements Au troisième mois, l'examen des urines releva quelques traces d'albumine, mais le dosage exact ne fut point pratiqué. Le régime lacté institué dès cette époque, amena une diminution notable de l'albumine et au moment de l'accouchement, l'analyse, plusieurs fois répétée, n'a pu en découvrir aucune trace.

Accouchement spontané et à terme le 5 décembre 1903.

Bientôt après l'expulsion du fœtus, on voit que l'utérus de l'accouchée qui était considérablement diminué de volume, augmente de nouveau et remonte dans la cavité abdominale. Un peu de sang s'écoule par la vulve. P. 90.

Au bout de trois quarts d'heure, on essaye de faire la délivrance par l'expression ; on n'aboutit qu'à faire sortir par la vulve une grande quantité de caillots et de sang liquide. On opère quelques tractions légères sur le cordon mais on ne parvient pas à attirer au dehors le placenta.

On pratique alors le toucher et on sent une portion du placenta entre les bords du col utérin. On renouvelle les tractions sur le cordon, quelques minutes après, en même temps qu'on comprime l'utérus ; le résultat est négatif.

L'hémorrhagie continue, le pouls est à 100. M. le Dr Barlerin, introduit la main dans l'utérus et constate que le placenta adhère fortement dans les deux cornes, droite et gauche, de l'utérus. Il arrive à la décoller et à l'amener à la vulve.

A l'examen de l'arrière-faix on constate, que les membranes sont déchirées et incomplètes, que le sommet d'un cotylédon est resté dans l'utérus. La main de nouveau introduite râmène ce cotylédon ; on pratique une injection intra utérine de 6 litres avec une solution iodo-iodurée, on fait une toilette vulvaire ; l'hémorrhagie s'arrête.

La femme peut avoir perdu à ce moment environ 700 grammes de sang. T. 37°5 P. 100.

L'état général est bon ; les suites de couches sont normales.

Observation XXVIII. — (Recueillie à la clinique Tarnier, nº 19 du registre).

X..., âgée de 29 ans, ménagère, I pare, accoucha à la clinique Tarnier, le 5 janvier 1903.

Après l'expulsion du fœtus, la main gauche étant appliquée, à travers la paroi abdominale, sur le fond de l'utérus, reconnaît que celui-ci est à trois travers de doigts au-dessus de l'ombilic. On sent alors très nettement et avec la plus grande facilité, sur la partie supérieure gauche, un prolongement assez volumineux, légèrement rétréci à son point d'implantation sur le corps de l'organe. L'utérus est bien revenu sur lui-même et de consistance dure. On attend ; aucun changement ne se produit.

L'utérus garde sa forme et sa situation. On ne voit pas survenir l'ascension de l'organe indiquant que le placenta est descendu. Au bout d'une heure la situation est la même, cependant on remarque qu'il se produit une légère hémorrhagie en nappe.

Au bout de deux heures la situation ne se modifiant pas, la malade continuant toujours à perdre un peu de sang, M. le Dr Valency fait le toucher et constate que le col commence à revenir sur lui-même. A travers le col et au-dessus de lui, il rencontre un bout de placenta flottant. La malade ayant déjà perdu quelques centaines de grammes de sang, M. le Dr Valency décide d'intervenir.

On met la femme en position obstétricale et M. Valency introduisant la main droite dans la cavité utérine essaie d'aller à la recherche du placenta et de le décoller. Mais par suite des mouvements désordonnés que fait la femme, M. Valency ne peut commodément opérer.

Alors on donne un peu de chloroforme pour pouvoir agir en toute liberté. M. le Dr Valency reconnaît que le placenta est inséré, en partie sur le fond, en partie sur la paroi antérieure de l'utérus, que la portion en rapport avec la paroi antérieure est en partie détachée (c'est cette partie que l'on sentait flotter au-dessus du col), tandis que la portion du placenta correspondant au fond de l'utérus est toujours très fortement adhérente, que cette adhérence se continue vers la corne gauche, et que toute une partie du placenta est emprisonnée dans un diverticule de l'utérus formé par cette corne gauche et constituant cette grosseur que l'on sentait par le palper à travers la paroi abdominale.

Après avoir ainsi exploré de la main droite toute la cavité utérine, M. le Dr Valency a ramené sa main contre la paroi antérieure de l'utérus, le dos de la main en rapport avec cette paroi, la face palmaire des doigts en rapport avec la portion décollée du placenta. M. Valencey décolle le placenta du fond de l'utérus, pendant que sa main gauche, appliquée à travers la paroi abdominale sur l'utérus, amenait le fond de cet

organe sur sa main droite, travaillant dans la cavité. Après avoir détaché toute la partie adhérente au fond, il décolle celle qui est au niveau de la corne de l'utérus, en promenant ses doigts tout autour de celle-ci.

Après avoir ainsi libéré le placenta aussi complètement que possible, M. Valency a senti au moment d'une contraction sa main refoulée et le placenta chassé dans sa main. Il n'a plus eu qu'à retirer la main et a ramené un placenta déchiqueté mais paraissant complet. Pour bien s'en assurer M. Valency a introduit à nouveau sa main dans la cavité utérine pour l'explorer et n'a ramené que très peu de débris.

On donne une injection vaginale de sublimé, une injection iodo-iodurée chaude pour achever de déterger la cavité utérine et amener le retrait de l'organe sur lui-même.

L'hémorrhagie s'arrête et ne reparaît pas. P. 140, petit et fréquent. T. 38°.

On place la femme horizontalement en la surveillant de très près.

Les suites de couches sont normales.

Observation XXIX. — (Recueillie à la clinique Tarnier. N° 300 du registre de l'isolement).

E..., âgée de 21 ans, I pare, accouche le 3 octobre 1903, chez une sage-femme, d'une fille de 3.380 grammes Le périnée est intact. *La délivrance est naturelle et complète, d'après la sage-femme.*

Le lendemain 4 octobre, la malade a une douleur abdominale du côté gauche. La température étant de 38°7, on fait deux injections utérines au permanganate.

Le 6 octobre. — A 3 heures du soir, la malade a quelques frissons ; la température monte à 39°. Nouvelles injections utérines.

Le 7 octobre. — La température descend à 37°1 et se maintient entre 37°1 et 37°4 jusqu'au 12 octobre. Pendant ce temps, on continue les injections. Les lochies sont fétides.

Le 12 octobre. — A une heure du soir, la malade a un frisson, la température monte à 39°4. On la fait rentrer à l'isolement de la clinique Tarnier, le même jour à 4 heures du soir. A son arrivée : T. 39°2. P. 144.

M. Bouchacourt fait immédiatement un curage digital et un écouvillonnage. Il retire quelques débris placentaires non fétides. Tamponnement.

Le 13. — La température retombe à 37°4. P. 116. On fait le détamponnement. L'injection utérine à l'eau oxygénée qu'on fait ramène quelques débris. La malade se plaint d'un point de côté gauche et de céphalagie. Antipyrine, un gramme. L'injection utérine du soir ne ramène pas de débris. Soir : T. 38°4. P. 128.

Le 14. — Deux injections à l'eau oxygénée. Le point de côté a disparu. Matin: T. 37°2. P. 100. Soir : T. 38°4, P. 128.

A partir de ce jour, l'état de la malade s'améliore. On se contente de deux injections vaginales par jour. Elle part guérie le 20 octobre 1903, pour rentrer de nouveau le 29 octobre, se plaignant de douleurs dans la jambe gauche.

On fait le diagnostic de phlegmatia alba dolens. La température est de 38°6. P. 116. On lui met la jambe dans une gouttière ; après l'avoir enveloppée de compresses laudanisées.

Le 30. — Matin : T. 38°6. P. 128. La jambe est très douloureuse. Soir : T. 39°. P. 120.

Le 31. — Matin : 38°. P. 116. La douleur est tellement intense qu'on fait une piqûre de morphine. Soir : T. 38°4. P. 112.

Le 1er novembre. — Le membre est moins douloureux.

Matin : T. 38°,8. P. 140.

Soir : T. 41°. Une heure plus tard, la température descend à 38°.

Le 3. — Le membre est excessivement douloureux. On administre une cuillère de chloral pour que la malade puisse dormir.

Matin : T. 37°4. P. 118.

Soir: T. 39°6. P. 130.

Le 5. — La malade se sent mieux; la température est de 37° le matin; de 38° le soir.

L'état de la malade s'améliore de jour en jour, quand le 12 novembre, la température monte à 39°6. P. 150. Elle se plaint de la gorge; on constate qu'elle a une angine.

Le 13. — L'état est bon; on enlève la gouttière de la jambe.

Elle descend guérie, le 17 novembre, dans les salles.

Observation XXX. — (Recueillie à la clinique Tarnier. N° 299 du registre de l'isolement.)

La nommée D..., âgée de 29 ans, I pare, couturière, accoucha le 6 octobre 1903, chez une sage-femme, d'un garçon vivant, à terme.

La délivrance, accomplie une demi-heure après l'accouchement, *est naturelle et complète*, d'après la sage-femme. Déchirure du périnée.

Le 7 octobre. — Au soir la malade a un grand frisson, suivi de fièvre.

Le 8. — La sage-femme voyant que la fièvre se maintient, appelle un médecin qui ordonne des injections utérines. Les frissons se renouvellent, et la température dépasse 40° les jours suivants. Le médecin appelle un collègue sur les conseils duquel on fait transporter la malade à l'hôpital le 11 octobre,

A son entrée la malade a une température de 38°,5. P. 120. Les lochies sont fétides.

On procède immédiatement au nettoyage de la cavité utérine. M. le Dr Bouchacourt fait un curage digital, un curettage, qui ramènent de nombreux débris placentaires; écouvillonnage à la glycérine créosotée, attouchement à la teinture d'iode de l'utérus et du vagin. Tamponnement utéro-vaginal.

La malade se plaint surtout quand elle respire, d'un point de côté gauche, qui a débuté il y a quatre ou cinq jours, mais il était moins violent. Elle tousse sans expectoration. Le soir la

température est de 39°6. P. 132. Détamponnement, injection utérine iodée.

Le 12. — Matin : T. 37°. P. 120.

Soir : T. 39°6. P. 144.

On fait une injection utérine iodée.

Le 13. — Matin : T. 38°6.

Soir : T. 38°8 P. 144. Deux injections utérines à l'eau oxygénée.

Le 14. — Matin : T. 39°. P. 132.

M. le Dr Bouchacourt, voyant que la température se maintient entre 38°6 et 39° se décide à faire un second curage digital, curettage et écouvillonnage de l'utérus, dans lequel on trouve des débris fibrineux. Tamponnement utéro-vaginal

Ce jour, la malade est examinée au spéculum. Le vagin et le col sont couverts de fausses membranes ; on fait un nettoyage complet de ces parties. T. 37°8. P. 128.

La malade continue à tousser ; elle rend quelques crachats sanglants, après qu'on l'eût assise sur son lit pour la changer.

M. le Dr Demelin ordonne le repos complet ; on ne fait qu'une injection utérine et deux injections vaginales, afin de déplacer le moins possible la malade On applique quelques ventouses, badigeonnage à la teinture d'iode. Son alimentation est composée de lait, champagne, vin blanc, biscuits, trois potages. La température est élevée, le pouls est fréquent.

La malade reste dans cet état jusqu'au 27 octobre. A partir de ce jour la température et le pouls reviennent à la normale ; son état s'améliore sans cesse, quand le 7 décembre elle se plaint d'une douleur à la jambe droite. Celle-ci est mise dans une gouttière avec un pansement humide. La jambe désenfle quelques jours après, et la malade passe le 21 décembre au service d'en bas, bien rétablie.

Observation XXXI. — (Recueillie à la clinique Tarnier, n° 823 du registre).

J..., âgée de 24 ans, brocheuse, II pare. La première gros-

sesse se termina par une fausse couche de six mois, de cause inconnue.

Elle accoucha pour la deuxième fois, à la clinique Tarnier, spontanément et à terme le 20 juin 1901, d'un enfant de 3240 grammes.

Une heure après, le moniteur de garde, voyant que le placenta ne descend pas, et que le col commence à revenir sur lui-même, se décide à faire la délivrance artificielle. A l'examen de l'arrière-faix, les membranes sont complètes, mais au placenta qui pèse 450 grammes manque un cotylédon. Le moniteur réintroduit la main et ramène le cotylédon resté enfermé dans l'utérus. On fait une injection intra-utérine.

Les suites de couches sont normales.

Observation XXXII. — (Recueillie à la clinique Tarnier, n° 432 du registre).

X..., âgée de 28 ans, lingère, I pare, accouche à la clinique Tarnier le 9 avril 1903.

La délivrance tarde à se faire ; la femme expulse des caillots, et malgré quelques tractions sur le cordon aidées de l'expression, l'arrière-faix ne descend pas.

Au toucher on sent une partie du délivre dans le vagin, l'autre dans le col, l'utérus est mou ; le placenta n'est décollé qu'en partie. On est forcé de recourir à la délivrance artificielle, car l'état de la malade devient inquiétant. Elle est accomplie une heure et demie après la sortie du fœtus.

Le placenta est petit et pèse 300 grammes. Il présente de petites plaques fibreuses, blanchâtres. Les membranes ne sont pas complètes.

Un curage digital et un écouvillonnage pratiqués ultérieurement ramènent quelques débris très adhérents. Injection utérine.

Les suites de couches sont normales.

Observation XXXIII. — (Recueillie à la clinique Tarnier, n° 302 du registre).

X..., âgée de 34 ans, lingère, V pare. La femme est une

cardiaque qui se plaint toujours de palpitations, d'étouffements.

Les trois premières grossesses se sont terminées par une application de forceps. Enfants vivants ; deux d'entre eux sont morts en bas âge.

La quatrième grossesse s'est terminée à terme, par une symphyséotomie, faite le 30 août 1900, à la Maternité par M. Potocki, après quarante-huit heures de travail

La femme rentre à la clinique Tarnier le 13 février 1902, un mois et demi avant son terme. Elle désire que son cinquième accouchement soit provoqué, car elle ne veut pas entendre parler de symphyséotomie.

Le 4 mars on provoque le travail. Elle accouche d'une fille de 3450 grammes.

Une demi-heure après l'accouchement, le moniteur de garde examine la femme pour pratiquer la délivrance. L'expression utérine fait sortir quelques caillots. Le toucher révèle que le placenta, décollé en partie, n'est pas descendu dans le vagin.

Comme l'accouchée a tendance à perdre, on la surveille attentivement.

Une demi-heure après, les choses sont dans le même état ; on prévient le chef de clinique, qui conseille de pratiquer la délivrance artificielle, si la femme continue à perdre, et si le placenta ne se décolle pas.

Deux heures après la sortie de l'enfant, le placenta est toujours adhérent, l'expression fait sortir quelques caillots, le col revient sur lui-même. A ce moment la femme est pâle, le pouls est rapide et petit ; on pratique la délivrance artificielle. Le placenta est resté adhérent, par le milieu de sa surface au niveau de la partie postéro-supérieure et droite de l'utérus.

Le délivre extrait pèse 510 grammes.

A l'examen, le placenta est complet dans toute sa périphérie ; au centre, au niveau de l'adhérence anormale, existe un cotylédon qui est déchiqueté, probablement incomplet.

La main réintroduite sent, au niveau de l'adhérence anormale du placenta, quelques rugosités, peu saillantes ; mais nulle part

de débris flottants ; on ne ramène rien. On fait une injection utérine.

L'utérus revient sur lui-même, la femme ne perd plus. Cependant comme elle a perdu 475 grammes de caillots on pratique une injection de 300 grammes de sérum, une piqûre d'éther et de caféïne.

Les suites de couches sont normales.

Observation XXXIV. — (Recueillie à la clinique Tarnier. N° 647 du registre.)

X..., âgée de 23 ans, II pare, journalière, est accouchée, à la clinique Tarnier, le 13 mai 1902 d'un enfant de 3550 grammes.

Un quart d'heure après la sortie du fœtus la femme sent qu'elle perd ; il s'écoule en effet une légère quantité de sang par la vulve. On fait une injection vaginale chaude.

Une heure après, l'écoulement sanguin qui s'était arrêté, reparaît de nouveau assez intense. L'utérus est assez volumineux, et lorsqu'on appuie sur son fond, il sort des caillots par la vulve. M. le Dr Planchon pratique alors le toucher ; il ne peut atteindre l'insertion du cordon au niveau du placenta. De légères tractions faites sur le cordon font voir que le placenta n'est pas encore décollé. Le pouls est à 100, et il est faible, cependant l'accouchée n'a pas de vertiges, ni d'éblouissements.

La femme continuant à perdre abondamment, on prévient M. le professeur Budin, qui décide de faire immédiatement la délivrance artificielle.

Avec de grandes précautions, on place la femme, dans la position obstétricale ; elle est endormie au chloroforme. On fait une toilette vulvaire et une grande injection vaginale.

L'utérus étant fortement contracté, M. le professeur Budin attend, pour pénétrer dans les organes génitaux, que la contraction ait cessé. M. Budin introduit alors la main droite dans les organes génitaux en suivant le cordon ombilical pour pénétrer dans l'utérus, tandis que l'autre main est placée sur le fond de l'utérus pour le fixer. Il trouve le placenta inséré au niveau de

la corne utérine droite, et il le décolle avec le bout des doigts réunis. Le placenta décollé, il attend une contraction utérine pour retirer la main avec le délivre.

Aussitôt après, M. Budin réintroduit la main pour s'assurer qu'il n'est pas resté de débris placentaires ; il ramène seulement quelques caillots.

Il fait alors une injection intra-utérine chaude, une injection de 500 grammes de sérum artificiel. L'écoulement de sang est complètement arrêté. La quantité de sang perdu peut être évaluée à 800 grammes environ.

Les suites de couches sont normales.

Observation XXXV. — (Recueillie à la clinique Tarnier, N° 7 du registre).

G..., femme de ménage, 29 ans, IV pare, est accouchée spontanément et à terme le 2 janvier 1902 d'un enfant de 3.600 grammes.

Une demi-heure après la sortie du fœtus, la sage-femme de garde pratique le toucher pour s'assurer si le placenta est descendu dans le vagin ; elle est toute surprise de trouver celui-ci absolument vide en même temps qu'elle sent au niveau du col non revenu sur lui-même, le bord du placenta. Le palper permet de sentir, au niveau de l'utérus à la partie supérieure et droite, une grosse masse, dure, du volume d'une orange, au niveau de laquelle la femme accuse de la douleur.

M. le Dr Quillier consulté, conseille d'attendre, après s'être assuré que la femme ne perd pas, et que le col ne présente aucune tendance à revenir sur lui-même.

Cependant au bout de quatre heures d'attente, et voyant que le col commence à revenir sur lui-même, M. le Dr Quillier, sur les conseils de M. le chef de clinique, se décide à pratiquer la délivrance artificielle.

Après avoir sondé la femme et pris toutes les précautions antiseptiques usitées en pareil cas, M. Quillier introduit la main dans le vagin, et pénètre dans l'utérus en maintenant

celui-ci avec sa main restée libre, à travers la paroi abdominale ; chemin faisant il dilate le col qui commençait à revenir sur lui-même. Après avoir décollé le placenta, M. Quillier attend une contraction utérine ; il retire sa main en quelque sorte chassée par celle-ci.

Une injection intra-utérine termine l'opération.

Les suites de couches sont normales.

CONCLUSIONS

1° On ne doit jamais se hâter de faire une délivrance ; il faut au contraire attendre que l'arrière-faix soit complètement décollé pour l'extraire.

2° La délivrance accomplie, l'examen de l'arrière-faix doit être attentif, minutieux, afin d'avoir la certitude qu'aucune portion du placenta n'est restée dans l'utérus.

3° Un cotylédon retenu dans l'utérus peut être expulsé fortuitement, sans occasionner aucun accident, après un séjour plus ou moins long dans la matrice.

4° L'accoucheur ne doit pas compter sur cette éventualité, et dès qu'il aura constaté l'absence d'une portion du délivre, il devra immédiatement l'extraire.

5° La rétention partielle du placenta se manifeste, soit par des hémorragies qui par leur répétition deviennent dangereuses, soit par une infection utérine qui se généralise quand l'intervention se fait attendre.

6° Si l'on est en présence d'une hémorragie, c'est contre celle-ci que l'on doit immédiatement diriger ses efforts.

7° Le meilleur traitement de la rétention partielle du placenta, après l'accouchement à terme, consiste dans le curage digital de la cavité utérine, qui devra être complet pour assurer le succès.

Vu : le Président de la thèse
BUDIN

Vu : le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris
L. LIARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

Air. — Adhesion of the Placenta, *Lancet*. London, fév. 1881.

Ahlfeld et Stâhler. — Recherches cliniques et bactériologiques sur la rétention placentaire. — *Presse médicale*, mai 1901.

Aussillous. — De la délivrance et de quelques accidents qui peuvent la compliquer. *Thèse* Paris 1853.

Auvard. — La délivrance physiologique *Journ. de méd.* Paris, fév. 1902.

Traité pratique d'accouchements, 1898.

Placentas accessoires. — *Bullet. médical*, mars 1887.

Travaux d'obstétrique.

Baudelocque. — Art des accouchements.

Bellot. — *Thèse* Paris 1896-97.

Berry Hart. — *Edimb. med. Journ.*, mars 1889.

Boivin (M^me^). — Observations et réflexions sur les cas d'absorption du placenta, 1821.

Bouchacourt. — Dict. encyclop. des sc. médicales. Art : *Délivrance.*

Budin. — Technique de la délivrance artificielle. (*Revue générale de clinique et thérapeutique*, nov. 1888.)

Clinique obstétricale, 1889.

Progrès médical, nov. 1886, T. IV.

Annales de la Soc. Obs. de France, 1895.

Revue obstétricale internat. nov. 1898.

Budin et Demelin. — Traité d'accouchements.

Caillault. — Du signe stéthoscopique du décollement du placenta. *Thèse* Paris 1852.

Cazeaux et Tarnier. — Traité pratique et théorique de l'art des accouchements, 9me édition.

Chaleix. — *Bullet. de la Soc. de Gyn. et d'Obst.* Bordeaux, 1875.

Chantreuil. — *Archives générales de médecine*, 1870.

Charpentier. — *Bullet. Acad. de médec.* 1870.

Charpentier (L.-A.). — Des maladies du placenta et des membranes, 1869.

Traité pratique des accouchements, 1889.

Chartier. — Curage utérin dans la septicémie puerpérale. (*Thèse* Paris 1880).

Couécou. — *Thèse* Paris 1872. De la rétention placentaire.

Charrier. — *Arch. génér. de méd.* Paris 1891.

De Cotret. — De la délivrance. — *L'Union médic. du Canada* mai 1900.

Delaporte. — *Journal de méd. de Bruxelles*, 1864, *Gazette des hôpitaux*, 1864.

Demelin. — Examen clinique de l'arrière-faix après l'accouchement. *Revue générale de clinique et thérapeutique.* janvier, 1893.

Doléris. — *Mémoire de la Soc. d'obs. et gynéc.* mai 1886. *Bullet. de la Soc. obst. et gynécol de Paris*, mai 1890.

Dubois (P). — Dict. en 30 vol. Art : *Délivrance. Gazette des hôpitaux*, 1858.

Dumas (I.). — *Montpellier médic.* 1887.

Eberhart. — Zur frage der Behandlung der Eihantretentionen. *Zeitch. f. geb. u. gynak.* 1889. t. 16.

Fabre. — Modification du placenta dans la cavité utérine. (*Bullet. Acad. de médec.*, 1899, T. XLII).

Gagnière. — Adhérences anormales du placenta. *Th. Paris*, 1903.

Gobdsborough. — *New-York méd. Journ.* fév. 1893.

Guéniot. — Adhérences anormales du placenta. (*Archives de Tocologie*, 1874).

Hégar. — Path. u. Therap. der Placenterretention. Berlin 1862.

Jacquemier. — Manuel des accouchements, 1864.

Kleinwachter. — Die Therapie de Rètention der Placenta, und deren Partichen. Heilkunde, 1902, VI.

Klopatowsky. — *Répertoire univers. d'obst. et de gynec. Bullet. de la Soc. obst. et gyn. de Paris* mai, 1890.

Labusquière. — *Annales de gynécologie*, fév. 1889.

Lazarewitch. — *Journ. d'obst. et de gyn. de Saint-Pétersbourg* 1887.

De Lamotte. — Traité complet des accouchements, 1721.

Lhemann. — Hémorrhagies rétro-placentaires. *Thèse* Paris, 1898.

Leray. — *Thèse de Paris*, 1893.

Morliculat-Lasgremand. — Mémoire sur l'absorption du placenta (*Arch. générales de médic.* mai 1836.)

Mattei. — *Revue de thérapeutique médico-chirurg.* 1854.

Mauriceau. — Traité des maladies des femmes grosses et celles récemment accouchées, 1740.

Maygrier. — *Bulletin de la Soc. d'obst. et gyn. de Paris*, 1897.

Maygrier et Demelin. — *Arch. de tocol. et gynéc.* février, 1892.

Mendelsohn. — De l'iode en obstétrique. *Thèse Paris* 1890.

Mordret. — Recherches sur les adhérences morbides et anormales du placenta. (*Moniteur des hôpitaux*, janvier, 1854-55). *Annales soc. de Méd. de Gand*, 1855) XXXIII.

Pajot (Ch.). — Travaux d'obstétrique et de gynécologie, 1881. *Gazette des hôpitaux*, 1886.

Paul-Portal. — Pratique des accouchements, 1685.

Pinard. — *Semaine médicale*, 1895.
De la Délivrance. *Revue pratique d'obst. et de pédiatrie*, janvier-février 1902.

Picou et Ramond. — Polype placentaire. *Bullet. Soc. Anat.* Paris 1898, 25 mars.

Poirier. - Rétention partielle du placenta. *Thèse* Paris, 1894.

Rambaud. — De la Rétention du placenta après l'acc. et l'avortement. *Thèse* Paris, 1882.

Ribemont-Dessaignes. — Des placentas multiples dans les grossesses simples. (*Annales de gynéc.* janvier 1887.
De la délivrance par traction et expression. *Thèse agreg.* 1883.

Rivière. — *Annales de la Soc. obst. de France*, 1893.

Rémy. — Quelques considérations sur la rétention placentaire (*Arch. de Tocologie*, 1889.)

Redemer. — Eléments de l'art des accouchements 1765.

Roy. — *Thèse Paris.* 1891.

Sanchez (D.R.) — Conducta seguida en varios casos de retention placentaria. Oto Rino. Larygol, espâno. Madrid 1903.

Schultze. — Amputation des corpus Uteri mittels. Laparot weg. Retention des Plas u puerp. Sepsi, *Centrab. f. gynak.*, 1886.

Schrœder. — *Lehrb. des geb.* 1880.

Smith. — *Amer. Journ. of obstet.* 1892, t. I.

Spiegelberg. — *Wurzb. med. Zeit.*, 1861.

Tarnier. — *Bullet. de l'Acad. de Médec.* 1882.

Tarnier-Chantreuil-Budin. — Traité d'accouchements, 1888.

Vulliet. — *Journ. de méd. de Paris*, 20 août 1887.

Imprimerie des Facultés, A. MICHALON, 26, rue Monsieur-le-Prince, Paris